**FORMULARIO 01 INS/DRMPR - DEPARTAMENTO DE PASANTÍAS DE ESPECIALISTAS**

**TRÁMITE ADMINISTRATIVO - CAMBIO DE SEDE**

1. **DATOS DEL MÉDICO PASANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido |  |
| N° C.I.P |  |
| N° de Reg. Prof. |  |
| Especialidad |  |
| Correo Electrónico |  |
| N° de Celular |  |

1. **ESPECIFICACIONES DE TRAMITE A REALIZAR**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. SEDE DE ORIGEN |  |
| 1. OPCIONES DE SEDE DE DESTINO: | A-  B-  C- |
| 1. MOTIVO | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pasante Especialista** | **Director**  **Sede de Origen** | **Director**  **Sede Receptora** | **Viceministerio de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social** |
| Firma/Sello | Firma/Sello | Firma/Sello | Firma/Sello |