

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE HABER FORMADO PARTE DE COMISIONES CLINICAS.

Nombre y Apellidos _____

D.N.I. _____

Categoría _____

Servicio / Unidad _____

PERIODOS:

| Comisión Clínica de : | Periodo / Año |
|-----------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Ciudad Real, de 2009

Fdo.

Una vez cumplimentada deberá presentar esta solicitud en el Registro General para su remisión a la Dirección Médica.