

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE PARTICIPACION EN LA
ELABORACION DE VIAS CLINICAS Y SISTEMAS DE GESTION
POR PROCESOS¹**

Nombre y Apellidos _____

D.N.I. _____

Categoría _____

Servicio / Unidad _____

PERIODOS:

Vía Clínica / Proceso

Ciudad Real, de 2009

Fdo.

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

¹ Se requerirá participación activa adecuadamente documentada en los grupos de trabajo.