

## **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE PARTICIPACION EN LA ELABORACION DE VIAS CLINICAS Y SISTEMAS DE GESTION POR PROCESOS<sup>1</sup>**

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 Médica.

---

<sup>1</sup> Se requerirá participación activa adecuadamente documentada en los grupos de trabajo.