**ANEXO 3 - MIR**

**Asignación de CPF de tutor para prescripción de recetas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gerencia** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Movimiento** *(inicio/modificación)* | Elija | **Motivo de modificación***(en su caso):*  | Elija  |

**Datos del MÉDICO RESIDENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | Escriba aquí | **DNI** | Escriba aquí |
| **Número de colegiado nacional NN12345X** *(últimos 7 dígitos que constan en el certificado HH PP NN 12345 + dígito control)* | Escriba aquí |
| **Especialidad****plaza en formación** | Escriba aquí | **Tfno. Contacto** | Escriba aquí |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Complejo Asistencial** | **Hospital** | **Localidad** |
| Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí  |
| **Servicio** | Escriba aquí | **Fecha inicio residencia**  | Haga clic aquí |
| **Año MIR**  | Elija un elemento. | **Observaciones** | Escriba aquí |

**Identificación de plaza**

**Plaza Tutor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código Pérsigo o Ap. Gestión Personal** | **Nombre tutor** | **DNI** | **CPF (11 dígitos) sello tutor**  |
|  | Escriba aquí | Escriba aquí |  |

**Plaza MIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código Pérsigo o**  **Ap. Gestión Personal** | **Código puesto profesional** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A cumplimentar por** **Jefe de Estudios de Formación Especializada** | **Fecha efectividad** |
| Haga clic aquí |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorización del tutor**(nombre, fecha y firma completa) | **Firma Jefe de Estudios**(nombre, fecha y firma completa) | **Autorización Dirección Médica****acceso Ap. Prescripción**(nombre, fecha y firma completa) |

(Emitir dos ejemplares: uno para archivar en Jefatura de Estudios de Formación Especializada y otro para la unidad de informática)