**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)