

**Anexo 1****Modelo de IMPRESO DE SOLICITUD**

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN DE TUTORES DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA POR EL SISTEMA DE RESIDENCIA EN LOS CENTROS Y UNIDADES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

D/Dña

D.N.I. o N.I.E.

DOMICILIO: Calle/plaza

nº

Código Postal

Provincia

Teléf.

Fax

Correo Electrónico

Centro de trabajo:

Teléfono de contacto:

Fecha de incorporación al Servicio/Unidad Clínica/Equipo de Atención Primaria:

SOLICITA: Que me sea acreditada/reacreditada la condición de tutor en la especialidad de:

(Firma)

Zaragoza, a

de

de

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA