**CURSO PARA MÉDICO NEFRÓLOGO DE POSGRADO**

**EN DIÁLISIS PERITONEAL- ANBA**

**Nombre y Apellido el Alumno:**

**Nombre del Servicio donde realiza la práctica**

**CONSTANCIA ROTACIONES**

**1ª ROTACIÓN**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

**2ª ROTACIÓN:**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

**3ª ROTACIÓN:**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

**4ª ROTACIÓN:**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

**5ª ROTACIÓN:**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

**6ª ROTACIÓN:**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

**7ª ROTACIÓN:**

INSTITUCIÓN:

FECHA:

DURACIÓN:

DOCENTE A CARGO (Firma y sello):

Esta planilla debe ser enviada por mail a la secretaria de ANBA ancba@ancba.org.ar