

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

Firma (el solicitante)

D/Dña

Firma (autorización de la Dirección de su Institución)

D/Dña

Cargo

Nota: devolver cumplimentada a:

**Hospital de Cruces
Unidad de Docencia Médica
Sótano del Edificio de Docencia
48903 BARACALDO - VIZCAYA
ESPAÑA
FAX: 94 600 62 40 - 94 600 6608**