

SOLICITUD DE CAMBIOS DE FECHAS DE GUARDIAS

TIPO DE CAMBIO:	<input type="checkbox"/> INTERCAMBIO	SELLO DE ENTRADA
	<input type="checkbox"/> CESIÓN	
	<input type="checkbox"/> SUPRESIÓN	
<input type="checkbox"/> P.A.C.I	<input type="checkbox"/> P.A.C DE LA ZONA BASICA DE SALUD _____	
<input type="checkbox"/> MEDICO		<input type="checkbox"/> ENFERMERO

FECHA DE LA GUARDIA	TITULAR
____/____/____	
	RECEPTOR
HORAS:	
CAMBIA POR:	
FECHA DE LA GUARDIA	TITULAR
____/____/____	
	RECEPTOR
HORAS:	

Los interesados manifiestan que el coordinador medico/responsable de unidad ha sido debidamente informado de esta petición.

Así mismo, este cambio respeta las instrucciones vigentes sobre la elaboración y seguimiento de la Programación Funcional de Atención Continuada.

TALAVERA DE LA REINA A _____ DE _____ DE _____

FIRMA DE LOS INTERESADOS	
TITULAR	RECEPTOR
FDO.	FDO.

Vº Bº DEL COORDINADOR	Vº Bº DIRECCIÓN
	<input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN <input type="checkbox"/> DENEGACIÓN
	OBSERVACIONES:

Esta solicitud deberá ser presentada con una antelación mínima de 10 días a la fecha prevista para el cambio. En el supuesto de que la misma sea denegada por no cumplir los requisitos fijados por la gerencia, la denegación será comunicada al solicitante, quien deberá ponerlo en conocimiento del profesional propuesto y coordinador del EAP.