

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE GUARDIA

CENTRO DE SALUD

	HORARIO	CATEGORIA
FECHA DE GUARDIA		
FECHA DE DEVOLUCIÓN		

TITULAR DE LA GUARDIA	
SUSTITUTO	
MOTIVO	
	FECHA

FIRMA TITULAR GUARDIA	FIRMA SUSTITUTO GUARDIA	VºBº COORDINADOR / JEFE DE UNIDAD
-----------------------	-------------------------	--------------------------------------

AUTORIZADO

DENEGADO

FIRMA EL DIRECTOR GERENTE

SR. DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE TOMELLOSO

[Borrar formulario](#)

[Imprimir](#)