

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