# MEMORIA DE ROTACIÓN EN CENTRO DE REFERENCIA

**Programa de Becas para Estancias Formativas en Cirugía General de la SOCIGA**

## 1. DATOS PERSONALES DEL CANDIDATO

Nombre completo:

DNI o Pasaporte:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Hospital o centro de origen:

Cargo o puesto actual:

## 2. DATOS DE LA ESTANCIA FORMATIVA

Hospital o centro receptor:

Servicio / Unidad de Cirugía:

Responsable de la estancia (nombre y cargo):

Fechas de realización:

Duración total (en semanas):

## 3. OBJETIVOS DE LA ESTANCIA

(Describir los objetivos formativos previstos al inicio de la estancia. Pueden ser asistenciales, quirúrgicos, académicos o de investigación.)

## 4. ACTIVIDAD DESARROLLADA

(Describir con detalle las tareas realizadas, incluyendo la participación en actos quirúrgicos, sesiones clínicas, consultas externas, guardias, etc.)

Actividad quirúrgica (tipo de intervenciones, grado de participación):

Actividad asistencial:

Actividad académica:

Actividad investigadora (si aplica):

## 5. LOGROS Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

(Indicar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante la estancia, así como cualquier logro específico alcanzado.)

## 6. VALORACIÓN PERSONAL DE LA ESTANCIA

(Breve reflexión sobre la utilidad de la estancia, puntos fuertes y áreas de mejora.)

## 7. ANEXOS (OPCIONAL)

(Incluir certificados, fotografías, publicaciones, cronograma, etc., si lo considera pertinente.)

## 8. FIRMA DEL CANDIDATO Y FECHA

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_