

D./D^a. _____

D.N.I./Pasaporte _____

Residente del Hospital _____

“ Ha sido informado/a, que el seguro de responsabilidad civil/patrimonial del SERMAS, no cubre las posibles responsabilidades que se puedan derivar de las actuaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y Canadá”.

Madrid a ____ de _____

Firma

Sello de la Comisión de Docencia



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

UNIDAD DE DOCENCIA
JEFE DE ESTUDIOS

 Comunidad de Madrid

Aportar el documento firmado y sellado a la solicitud presentada