Institut Català de la Salut
Camp de Tarragona
Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària
Rambla Nova ,124 Esc D. 1r C
43001 Tarragona
T-977252774

Unitats Docents d'Atenció Familiar i Comunitària de Catalunya

IMPRÈS D'ACCEPTACIÓ DE CONDICIONS (ANNEX 4)

Jo, _____ amb DNI _____, resident de ____ r. any d' Atenció Familiar i Comunitària de la Unitat Docent....., accepto les següents condicions durant la rotació externa sol·licitada per al mes de _____ de 20____ a _____

- Les despeses originades per viatges, allotjament i manutenció són a càrrec del sol·licitant.
- Accepto demanar una assegurança de viatge, malaltia i/o repatriació

Signatura:

Lloc i data :