

## RUTA DE ACOGIDA

NOMBRE Y APELLIDOS:

---

COMISIÓN LOCAL DE DOCENCIA:

Fotografía carnet  
Fotocopia D.N.I.  
Currículum Vitae

Firma del responsable:

---

PERSONAL

Firma del responsable:

---

MEDICINA PREVENTIVA:

Cita día:

Firma del responsable:

---

GESTORIA DE USUARIO

DAR ALTA AN: GESTORIA DISTRITO

PREGUNTAR:

ABRIR HISTORIA CLINICA: GESTORIA HOSPITAL

PREGUNTAR:

---

LENCERÍA

Firma del responsable:

---

UNIDAD DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL:

Solicitud tarjeta de identificación

Firma del responsable:

---

UNIDAD DE INFORMÁTICA:

Solicitud claves informáticas

Firma del responsable:

---

Una vez finalizados todos estos pasos entregar en *Secretaría de Docencia*.