

# **PROCEDIMENT PER FER ROTATORI FORA DE LA UAB (ALTRES PAÏSOS DIFERENTS D'ESPANYA) DESTINACIONS SENSE CONVENI D'INTERCANVI**

## **Important:**

- A qualsevol documentació que hagi de ser signada, cal que aquesta signatura vagi acompanyada del segell, i totes dues coses han de ser originals.
- La comunicació entre la UAB i els estudiants es fan a través del mail institucional que la UAB assigna als alumnes en el moment de la seva incorporació a la universitat.

## **Assegurança:**

- Abans de la incorporació de l'alumne a la destinació, es obligatori tenir contractada l'assegurança.

## **PASSOS A SEGUIR PER LA SOL·LICITUD DE L'ESTADA A LA UAB**

1. L'alumne contacta amb la destinació i fa els tràmits necessaris per a la seva acceptació.
2. Contactar amb el responsable de Pràctica Clínica Assistencial IV i V de la teva unitat docent a la UAB. Si està d'acord amb l'estada formativa, haurà de signar el document de sol·licitud (ROT01). Aquest document consta de tres fulls, un per l'alumne, un per a la Unitat Docent i un per a l'Oficina d'intercanvis.

**Important:** el límit perquè el responsable de Pràctica Clínica Assistencial IV i V signi aquest document és el 30 d'abril del curs anterior al qual es realitzarà l'estada.

**SOL·LICITUD PER FER ROTACIONS FORA DE LA UAB EN UN PROGRAMA D'INTERCANVI**

L'alumne \_\_\_\_\_, amb el DNI/Passaport núm. \_\_\_\_\_  
 nascuda el \_\_\_\_\_ i amb domicili a \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, pla i porta \_\_\_\_\_  
 carrer \_\_\_\_\_, telèfon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
 codi postal \_\_\_\_\_

**EXPOS:** Que este cursant el Grau en Medicina amb assignació a la Unitat Docent Hospitalària  
 i que vul realitzar part de les rotacions del Pràcticum IV i/o Pràcticum V a (indicar institució) \_\_\_\_\_

Les rotacions a realitzar són les següents:

| UAB                                       | ECTS | (1)                      | Assignatura o pràctica a destinació (cal especificar-ne) |
|-------------------------------------------|------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Pràctica Clínica Assistencial IV</b>   | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica mèdica                   | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica en assistència primària  | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica quirúrgica               | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| <b>Pràctica Clínica Assistencial V</b>    |      |                          |                                                          |
| Pràctica clínica pediàtrica               | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica obstètrica i ginecologia | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica en salut mental          | 6    | <input type="checkbox"/> |                                                          |

(1) Cal marcar amb un x que aquesta rotació es realitza fora de la UAB

**DEMANO:**  
 L'acceptació per la realització de les esmentades rotacions fora de la meua Unitat Docent Hospitalària.

Signatura de l'alumne \_\_\_\_\_  
 Bellesma (Cerdanyola del Vallès) \_\_\_\_\_

Vista la sol·licitud presentada per l'alumne, es resol:

☐ Autoritzar la petició ☐ No autoritzar la petició  
 Professor responsable de Pràcticum IV i Pràcticum V de la Unitat Docent Hospitalària ☐ Autoritzar la petició ☐ No autoritzar la petició  
 Coordinador d'intercanvis

Signatura: \_\_\_\_\_  
 Nom: Dr. Salvador Navarro Soto  
 Data: \_\_\_\_\_

**SOL·LICITUD PER FER ROTACIONS FORA DE LA UAB EN UN PROGRAMA D'INTERCANVI**

L'alumne \_\_\_\_\_, amb el DNI/Passaport núm. \_\_\_\_\_  
 nascuda el \_\_\_\_\_ i amb domicili a \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, pla i porta \_\_\_\_\_  
 carrer \_\_\_\_\_, telèfon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
 codi postal \_\_\_\_\_

**EXPOS:** Que este cursant el Grau en Medicina amb assignació a la Unitat Docent Hospitalària  
 i que vul realitzar part de les rotacions de la Pràctica Clínica Assistencial IV i/o Pràctica Clínica Assistencial V a (indicar institució) \_\_\_\_\_

Les rotacions a realitzar són les següents:

| UAB                                       | ECTS | (1)                      | Assignatura o pràctica a destinació (cal especificar-ne) |
|-------------------------------------------|------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Pràctica Clínica Assistencial IV</b>   | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica mèdica                   | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica en assistència primària  | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica quirúrgica               | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| <b>Pràctica Clínica Assistencial V</b>    |      |                          |                                                          |
| Pràctica clínica pediàtrica               | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica obstètrica i ginecologia | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica en salut mental          | 6    | <input type="checkbox"/> |                                                          |

(1) Cal marcar amb un x que aquesta rotació es realitza fora de la UAB

**DEMANO:**  
 L'acceptació per la realització de les esmentades rotacions fora de la meua Unitat Docent Hospitalària.

Signatura de l'alumne \_\_\_\_\_  
 Bellesma (Cerdanyola del Vallès) \_\_\_\_\_

Vista la sol·licitud presentada per l'alumne, es resol:

☐ Autoritzar la petició ☐ No autoritzar la petició  
 Professor responsable de Pràcticum IV i Pràcticum V de la Unitat Docent Hospitalària ☐ Autoritzar la petició ☐ No autoritzar la petició  
 Coordinador d'intercanvis

Signatura: \_\_\_\_\_  
 Nom: Dr. Salvador Navarro Soto  
 Data: \_\_\_\_\_

**SOL·LICITUD PER FER ROTACIONS FORA DE LA UAB EN UN PROGRAMA D'INTERCANVI**

L'alumne \_\_\_\_\_, amb el DNI/Passaport núm. \_\_\_\_\_  
 nascuda el \_\_\_\_\_ i amb domicili a \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, pla i porta \_\_\_\_\_  
 carrer \_\_\_\_\_, telèfon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
 codi postal \_\_\_\_\_

**EXPOS:** Que este cursant el Grau en Medicina amb assignació a la Unitat Docent Hospitalària  
 i que vul realitzar part de les rotacions del Pràcticum IV i/o Pràcticum V a (indicar institució) \_\_\_\_\_

Les rotacions a realitzar són les següents:

| UAB                                       | ECTS | (1)                      | Assignatura o pràctica a destinació (cal especificar-ne) |
|-------------------------------------------|------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Pràctica Clínica Assistencial IV</b>   | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica mèdica                   | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica en assistència primària  | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica quirúrgica               | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| <b>Pràctica Clínica Assistencial V</b>    |      |                          |                                                          |
| Pràctica clínica pediàtrica               | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica obstètrica i ginecologia | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                          |
| Pràctica clínica en salut mental          | 6    | <input type="checkbox"/> |                                                          |

(1) Cal marcar amb un x que aquesta rotació es realitza fora de la UAB

**DEMANO:**  
 L'acceptació per la realització de les esmentades rotacions fora de la meua Unitat Docent Hospitalària.

Signatura de l'alumne \_\_\_\_\_  
 Bellesma (Cerdanyola del Vallès) \_\_\_\_\_

Vista la sol·licitud presentada per l'alumne, es resol:

☐ Autoritzar la petició ☐ No autoritzar la petició  
 Professor responsable de Pràcticum IV i Pràcticum V de la Unitat Docent Hospitalària ☐ Autoritzar la petició ☐ No autoritzar la petició  
 Coordinador d'intercanvis

Signatura: \_\_\_\_\_  
 Nom: Dr. Salvador Navarro Soto  
 Data: \_\_\_\_\_

3. L'alumne envia els tres exemplars d'aquest document a l'Oficina d'Intercanvis de Bellaterra, juntament amb la carta o mail d'acceptació de la destinació. La tramesa es pot realitzar en persona o a través de la unitat docent per correu intern.
4. El coordinador d'intercanvis avalua la proposta, i la signa, autoritzant-la o no.
5. L'oficina d'intercanvis envia a l'alumne el document que li correspon d'aquests exemplars.
6. L'Oficina d'Intercanvis envia a la unitat docent el document que li correspon d'aquests tres exemplars.

## PASSOS A SEGUIR PER TRAMITAR L'ESTADA UN COP AUTORITZADA PER LA UAB

1. L'alumne tramita obligatòriament l'estada a les convocatòries que estableix l'Àrea de Relacions Internacionals i Treball Campus. Els programes als quals s'hi ha d'incloure són:

- Erasmus Pràctiques: en el cas que siguin països dins el marc Erasmus+ (<http://www.uab.cat/web/estudiants-i-titulats/erasmus-practiques-1345684892947.html>)
- Propi Pràctiques: per a la resta de països fora del marc Erasmus+ (<http://www.uab.cat/web/estudiants-i-titulats/propi-practiques-1345684895831.html>)

No és possible fer aquest tipus d'estada dins l'Estat Espanyol.

2. A més dels documents demanats per l'Àrea de Relacions Internacionals, des de la Facultat de Medicina es demanen dos documents:

- a. el Training Agreement (ROT02) entre la UAB i la institució d'acollida:

 **PRÀCTICA CLÍNICA ASISTENCIAL**  
**TRAINING AGREEMENT**

Universitat Autònoma de Barcelona  
Facultat de Medicina

---

Nombre del estudiant / Name of student: \_\_\_\_\_

Institució de Acollida / Receiving Institution: \_\_\_\_\_

País / Country: \_\_\_\_\_

---

| Rotació de la Pràctica Clínica Asistencial / Clinical Care Practice Rotation | ECTS | (1)                      | Especificar fechas y servicios en que se realizará la práctica / To specify dates and services in which the practice will be realized |
|------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Práctica Clínica Asistencial IV                                              |      |                          |                                                                                                                                       |
| Práctica clínica médica                                                      | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                       |
| Práctica clínica en especialidad general                                     | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                       |
| Práctica clínica quirúrgica                                                  | 11   | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                       |
| Práctica Clínica Asistencial V                                               |      |                          |                                                                                                                                       |
| Práctica clínica pediátrica                                                  | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                       |
| Práctica clínica obstétrica y ginecológica                                   | 4,5  | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                       |
| Práctica clínica en salud mental                                             | 6    | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                       |

(1) Marque en caso que se haga en intercambio esta rotación / Tick in case this rotation is going to be done in exchange

Firma del estudiante / Student's signature: \_\_\_\_\_ Fecha / Date: \_\_\_\_\_

Confirmamos que el programa propuesto es aprobado / We confirm that the proposed programme is approved

**UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA**  
Dr. Salvador Navarro Solís  
Coordinador de Intercambios de la Titulació de Medicina / Exchange Coordinator for Medicine Degree

Firma / Signature: \_\_\_\_\_  
Fecha / Date: \_\_\_\_\_

**RECEIVING INSTITUTION**  
Nom / Name: \_\_\_\_\_  
Càrrec / Cargo / Charge: \_\_\_\_\_  
Firma / Signature: \_\_\_\_\_  
Fecha / Date: \_\_\_\_\_

Cal fer 3 exemplars d'aquest document (un per a la destinació, un per a l'alumne, i un per a la UAB), tots tres originals.

Aquest document ha d'estar signat en la seva totalitat abans de la incorporació de l'alumne a la destinació.

- b. L'alumne fa que li signin a la destinació els quaderns de notes (ROT05, versió castellà o anglès, segons el cas) amb les qualificacions (o bé la certificació de notes que l'hagin de fer a la destinació).

| LICENCIATURA EN MEDICINA<br>PRÁCTICA CLÍNICA                                                                                                                                                    |           | UFB   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|--|--|
| ESPECIALIDAD: _____                                                                                                                                                                             |           |       |  |  |
| Alumno/a: _____                                                                                                                                                                                 |           |       |  |  |
| Evaluación*                                                                                                                                                                                     |           | NOTAS |  |  |
| Asistencia y puntualidad                                                                                                                                                                        | 1 2 3 4 5 |       |  |  |
| Actitud                                                                                                                                                                                         | 1 2 3 4   |       |  |  |
| Participación e integración                                                                                                                                                                     | 1 2 3     |       |  |  |
| Progresión Conceptualización                                                                                                                                                                    | 1 2 3 4   |       |  |  |
| Progresión Habilidades                                                                                                                                                                          | 1 2 3 4   |       |  |  |
| Iniciativa                                                                                                                                                                                      | 1 2       |       |  |  |
| Capacidad de síntesis                                                                                                                                                                           | 1 2 3     |       |  |  |
| <small>* Nota: los profesores completarán por evaluación en cada especialidad. Las puntuaciones se aplican a 1 en asistencia y a 2 en actitud en todas las prácticas de Rotación 1 y 2.</small> |           |       |  |  |
| Nombre y firma del profesor/a: _____<br>Fecha: _____<br>Sello del servicio: _____                                                                                                               |           |       |  |  |
| <small>Observaciones: Pueden indicarse en la cara posterior de la hoja. ®</small>                                                                                                               |           |       |  |  |

| DEGREE IN MEDICINE<br>CLINICAL PRACTICE                                                                                                                               |           | UFB   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|--|
| SPECIALITY: _____                                                                                                                                                     |           |       |  |
| Student: _____                                                                                                                                                        |           |       |  |
| Evaluation*                                                                                                                                                           |           | Marks |  |
| Attendance and punctuality                                                                                                                                            | 1 2 3 4 5 |       |  |
| Attitude                                                                                                                                                              | 1 2 3 4   |       |  |
| Engagement and integration                                                                                                                                            | 1 2 3     |       |  |
| Knowledge improvement                                                                                                                                                 | 1 2 3 4   |       |  |
| Skills improvement                                                                                                                                                    | 1 2 3 4   |       |  |
| Initiative                                                                                                                                                            | 1 2       |       |  |
| Summary ability                                                                                                                                                       | 1 2 3     |       |  |
| <small>* Mark for rotation 1 and 2 on each rotation. It must be given 1 in attendance and initiative 2 in attitude in all the practices of Rotations 1 and 2.</small> |           |       |  |
| Name and signature of professor/a: _____<br>Date: _____<br>Seal of the service: _____                                                                                 |           |       |  |
| <small>Comments: They can be indicated on the back side of the sheet. ®</small>                                                                                       |           |       |  |

D'aquest document cal que l'alumne retorni un original signat per cadascuna de les rotacions fetes a la destinació. Cal lliurar-los a l'Oficina d'Intercanvis.

L'Oficina d'Intercanvis envia una còpia dels quaderns al professor responsable de Pràctica Clínica de la UDH de l'alumne, i l'original es queda a l'expedient de l'alumne de l'Oficina d'Intercanvis. Amb això l'alumne és avaluat a les actes de la UAB.