

ANEXO I

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA EXTRAORDINARIA DE ENFERMERA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

DATOS PERSONALES				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
Fecha de nacimiento	Domicilio, calle, número			
Municipio	Provincia	Código postal	Teléfono fijo	Teléfono móvil
NIF/DNI	Correo electrónico			

DATOS ADMINISTRATIVOS	
CATEGORIA DESDE LA QUE PARTICIPA:	
VINCULACION CON LA GERENCIA:	
ESTATUTARIO PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>
ESTATUTARIO PROPIETARIO SIN DESTINO CONSOLIDADO	<input type="checkbox"/>
SITUACION ADMINISTRATIVA DESDE LA QUE PARTICIPA:	
ACTIVO	<input type="checkbox"/>
RESERVA DE PUESTO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>

SI ACTUALMENTE OCUPA UN PUESTO POR MOTIVOS DE SALUD, CONSIGNE AL DORSO LOS PUESTOS QUE DESEA SOLICITAR

El abajo firmante SOLICITA ser admitido a la convocatoria expresada, y DECLARA que cumple con los requisitos establecidos en la misma, que dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración si le fuera requerida, y que se compromete a mantenimiento de los mismos durante la tramitación de la convocatoria.

En Toledo, a ____ de _____ 2.017

(Firma)

DIRECCION GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO