

SOLICITUD DE MOVILIDAD POR RAZONES DE SALUD

Apellidos _____

Nombre _____ D.N.I. _____ F. Nacimiento _____

Tlf. de trabajo _____ Tlf. personal _____

Categoría profesional y/o puesto de trabajo _____

Centro de trabajo _____

Servicio _____

DECLARO encontrarme en situación de activo en la plaza de la cual soy

☐ propietario

☐ temporal Detallar la situación: _____

ACEPTO el procedimiento, criterios y mecanismos de control establecidos en el "Protocolo de Ejecución de la Movilidad por Razones de Salud" así como someterme voluntariamente al reconocimiento médico pertinente facilitando en ese momento toda la información y documentación clínica que se requiera.

En consecuencia, **FORMULO** la presente SOLICITUD DE MOVILIDAD POR RAZONES DE SALUD.

(Lugar y fecha)

Fdo.:

SRA. DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ASUNTOS GENERALES DEL ORGANISMO AUTÓNOMO SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.-