



Solicitud de movilidad por razones de salud

Apellidos: _____
Nombre: _____ D.N.I.: _____ F. nacimiento: _____
Tlf. de trabajo: _____ Tlf. personal: _____
Categoría personal 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.

En _____ a, _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: _____