



**Solicitud de cambio de turno de atención continuada**

A: Dirección de .....  
Gerencia del Área de Salud de Plasencia

D/D<sup>a</sup>. ...., Coordinador del EAP....., solicita de esa Dirección autorice el siguiente cambio de turno en el calendario de atención continuada actualmente vigente:

- D/D<sup>a</sup>....., pasará a realizar el turno desde las .....horas del ...../...../ 20 .... hasta las ..... horas del ...../...../ 20....., que correspondía a D.....
- D/D<sup>a</sup>..... realizará el turno desde las .....horas del ...../...../ 20 .... hasta las ..... horas del ...../...../ 20..... que correspondía a D/D<sup>a</sup>.....

Cada uno de los profesionales es responsable, a partir de la fecha, de realizar el turno indicado en este documento.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Firma de los profesionales interesados:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador/es:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_