

ANEXO II

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA CON CARÁCTER EXTRAORDINARIO EN LA GERENCIA DE ATENCION ESPECIALIZADA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO 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"/>

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 _____ 2.023

(Firma)

DIRECCION GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO



