



ANEXO II
SOLICITUD PARTICIPACIÓN EN LA CONVOCATORIA
DE MOVILIDAD INTERNA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN
HOSPITALARIA DE LA G.A.I. DE CIUDAD REAL

CÓDIGO: GER-FL-62

VERSIÓN: 1

FECHA VERSIÓN:
14 de Octubre de 2020

I. DATOS PERSONALES

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>					
D.N.I.	<input type="text"/>	Fcha. Nac.	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	
Domicilio:	<input type="text"/>						C.P.	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>			Provincia:	<input type="text"/>			

II. DATOS PROFESIONALES

Categoría desde la que participa	<input type="text"/>	Centro en el que presta servicios	<input type="text"/>
Puesto de trabajo	<input type="text"/>	Adaptado por motivos de salud laboral	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Situación Administrativa <i>(Especificar: Activo o Reserva de plaza)</i>	<input type="text"/>		
Estatutario propietario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estatutario propietario sin destino consolidado	SI <input type="checkbox"/>

III. PUESTOS SOLICITADOS *(Rellenar sólo por aquellos trabajadores/as que estén ocupando un puesto por motivos de salud laboral, debiendo acompañar el informe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales)*

--

IV. DOCUMENTACIÓN APORTADA *(Señale con una X en su caso e indique el título y nº de documentos)*

<input type="checkbox"/> Certificado/s de servicios prestados: numero de documentos	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="text"/>

V. AUTOBAREMO: TOTAL PUNTOS

El/La abajo firmante, SOLICITA ser admitido en la convocatoria expresada, manifestando asimismo que cumple con las condiciones exigidas y son ciertos los datos consignados en esta solicitud.

Ciudad Real, a de de

(Firma)

SR/A. DIRECTOR/A GERENTE DE LA GERENCIA ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL