Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir CONSEJERÍA DE SALUD	**BOLSA TEMPORAL** **SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD/ NO DISPONIBILIDAD**

A/A Subdirección de Profesionales

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CANDIDATO/A.

Nombre:	Apellidos:
DNI:	Correo electrónico de contacto:
Domicilio a efecto de notificaciones (cumplimentar con letra MAYÚSCULA):	
Localidad:	Código Postal:

EXPONE: que habiendo superado el proceso de selección para la creación de Bolsa de trabajo temporal (Expte 001/2010) y formando parte de las listas definitivas para la contratación con carácter temporal en la categoría (marcar con una X):

	Médico de Urgencias
	Enfermero/a
	Fisioterapeuta
	Matrón/a
	Auxiliar de Enfermería
	Administrativo/a
	Técnico Especialista en Laboratorio
	Técnico Especialista en Radiodiagnóstico
	Técnico Especialista en Anatomía Patológica
	Celador/a

SOLICITA: que desde el día _____, hasta el día _____ cambie mi situación en dicho listado a (marcar con una X):

	DISPONIBLE
	NO DISPONIBLE

La persona candidata pasará a "**No disponible"** a partir de la fecha solicitada, o a partir de la fecha de recepción del presente escrito en la Subdirección de Profesionales, si ésta última es posterior. **La duración mínima de la no disponibilidad será de un mes**; Pasado el período no disponible solicitado, el/la candidato/a pasará de forma automática a la situación de "Disponible".

En caso de que la persona candidata cumplimente una nueva solicitud de disponibilidad, estando en situación de "No Disponible", dicho cambio de "No Disponible" a "Disponible", se hará efectivo transcurrido **un mes** desde la recepción de ese escrito.

El/la abajo firmante SOLICITA, sea admitida la presente solicitud de Disponibilidad/ No Disponibilidad y DECLARA que conoce y está informado de las condiciones establecidas en la Base 9. Contratación de las personas seleccionadas y Régimen de funcionamiento y procedimiento de la bolsa de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir y que asume las acciones que podrían derivarse por el incumplimiento de las mismas.

En _____, a _____ de _____de _____

Fdo: (Nombre y Apellidos)

Apartado de Correos nº 12, 41710 Utrera (Sevilla)
Tel. 95/ 583 9104. Fax. 95/ 583 9147
www.juntadeandalucia.es/epsbg