

MODELO PARA EJERCITAR LA OPCIÓN DE INCORPORACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO INTERINO O EVENTUAL A LA SOCIEDAD CONCESIONARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

DATOS PERSONALES

DNI/NIF Nº :
NOMBRE:.....
PRIMER APELLIDO:.....
SEGUNDO APELLIDO:
DIRECCIÓN: Nº
LOCALIDAD: PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL TELÉFONOS: /
E-MAIL:

DATOS PROFESIONALES

PUESTO QUE OCUPA ACTUALMENTE:
SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN:
CATEGORÍA:
ESPECIALIDAD:
RÉGIMEN JURÍDICO:
 ESTATUTARIO INTERINO
 ESTATUTARIO EVENTUAL
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL:
 ACTIVO
 EXCEDENCIA POR CUIDADO DE HIJO O FAMILIAR CON RESERVA DE PUESTO
 BAJA POR MATERNIDAD O LICENCIA POR PATERNIDAD

MANIFIESTO MI INTENCIÓN DE INCORPORARME A LA SOCIEDAD CONCESIONARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR DENTRO DEL PLAZO PREVISTO PARA ELLO, QUE FINALIZA EL PRÓXIMO 19 DE SEPTIEMBRE DE 2013

En _____ a, ____ de _____ de 2013

Firma del interesado/a

Fdo.: _____