



**SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DE ACOPLAMIENTO
INTERNO PREVIO
COMPLEJO HOSPITALARIO**

RESOLUCIÓN:

AMBITO:

CATEGORIA:

DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombre:

D.N.I:

Centro de trabajo/Unidad orgánica (plaza
básica):.....

Teléfonos de contacto:

Solicita ser admitido en la convocatoria de Acoplamiento Interno Previo aprobada por la resolución citada.

REQUISITO VASCUENCE: (solo cuando proceda)

_____ a _____ de _____ de _____

Firma del interesado/a