

SOLICITUD DE ADMISION A LISTAS DE ESPECIFICAS EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA

SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:	
D.N.I.	TELEFONO:

Solicito la inclusión en las listas específicas de la OSI DEBABARRENA en la siguiente Categoría y Unidad/es: (elegir de la lista)

CATEGORÍA:	UNIDAD:
ENFERMERIA AUXLIAR DE ENFERMERÍA	QUIROFANO REANIMACION HOSPITALIZACION A DOMICILIO URGENCIAS

Documentación aportada (según se requiere en las bases de la convocatoria)	
Certificado de servicios prestados en QUIROFANO	
Certificado de servicios prestados en REANIMACION	
Certificado de servicios prestados en HOSPITALIZACION A DOMICILIO	
Certificado de servicios prestados en URGENCIAS	

Fecha	Firma	Sello de entrada
-------	-------	------------------

A LA DIRECCION DE PERSONAL DE LA OSI DEBABARRENA