

Espacio reservado para sello de entrada

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE NIVEL DEL SISTEMA DE CARRERA PROFESIONAL DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID AL AMPARO DE LA RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE 24 DE ENERO DE 2017

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
DIRECCION PARTICULAR		CIUDAD	PROVINCIA
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

CATEGORIA Y/O ESPECIALIDAD

CENTRO DE TRABAJO

PUESTO DE TRABAJO

REGIMEN JURIDICO

Estatutario fijo	<input type="checkbox"/>	Funcionario carrera	<input type="checkbox"/>
Estatutario interino	<input type="checkbox"/>	Laboral fijo	<input type="checkbox"/>

SITUACION

Activo	<input type="checkbox"/>	Reingreso provisional	<input type="checkbox"/>
Servicios especiales	<input type="checkbox"/>	Excedente	<input type="checkbox"/>
Comisión de servicio	<input type="checkbox"/>	Otra situación	<input style="width: 95%;" type="text"/>

ANTIGÜEDAD EN LA MISMA CATEGORIA/ESPECIALIDAD

COMO PROPIETARIO	COMO INTERINO/EVENTUAL	TOTAL ANTIGÜEDAD
Años	Años	Años
Meses	Meses	Meses
Días	Días	Días

NIVEL AL QUE OPTA

NIVEL I	<input type="checkbox"/>	NIVEL II	<input type="checkbox"/>
NIVEL III	<input type="checkbox"/>	NIVEL IV	<input type="checkbox"/>

El abajo firmante solicita el reconocimiento de nivel en el sistema de carrera profesional al que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella y que reúne las condiciones exigidas en la convocatoria citada, comprometiéndose a aportar documentalmente todos los datos en el momento en que se le requieran

..... a de de.....

Firma del interesado