

ANEXO II

**SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA CON CARÁCTER EXTRAORDINARIO EN LA GERENCIA DE ATENCION ESPECIALIZADA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO**

DATOS PERSONALES				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
Fecha de nacimiento	Domicilio, calle, número			
Municipio	Provincia	Código postal	Teléfono fijo	Teléfono móvil
NIF/DNI	Correo electrónico			

DATOS ADMINISTRATIVOS	
CATEGORIA DESDE LA QUE PARTICIPA:	
VINCULACION CON LA GERENCIA:	
ESTATUTARIO PROPIETARIO	<input type="checkbox"/>
ESTATUTARIO PROPIETARIO SIN DESTINO CONSOLIDADO	<input type="checkbox"/>
SITUACION ADMINISTRATIVA DESDE LA QUE PARTICIPA:	
ACTIVO	<input type="checkbox"/>
RESERVA DE PUESTO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>

El abajo firmante SOLICITA ser admitido a la convocatoria expresada, y DECLARA que cumple con los requisitos establecidos en la misma, que dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración si le fuera requerida, y que se compromete a mantenimiento de los mismos durante la tramitación de la convocatoria.

En Toledo, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2.023

(Firma)

DIRECCION GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO



