



MODELO DE SOLICITUD DE PUESTOS. (ANEXO IV)

CATEGORÍA FISIOTERAPEUTAS

MOVILIDAD INTERNA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL

D.N.I	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

SOLICITA ser admitido en el proceso de MOVILIDAD INTERNA convocado por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil en fecha _____ 2008, con referencia a los puestos de trabajo que se indican en dicha convocatoria y por el orden de preferencia que a continuación se detallan.

CATEGORÍA	SERVICIO O UNIDAD DE PROCEDENCIA	CENTRO DE TRABAJO (Insular, materno, CAE, USM)

PUESTO Y TURNO	TURNO	Nº DE PUESTOS	ORDEN DE PREFERENCIA
REHABILITACION H.U. MATERNO INF.	TARDE	1	
REHABILITACION H.U. INSULAR	MAÑANA	1	
UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES H.U. INSULAR	MAÑANA	1	

Se acompaña a la presente solicitud:

- Autobaremo
- Certificados de Servicios Prestados, **no será necesario presentar como justificación los servicios prestados en esta Dirección Gerencia y en la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.**
- Fotocopia del D.N.I.

Las Palmas de Gran Canaria, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

DIRIGIDO A: DIRECCIÓN GERENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL