



SERVICIO CANARIO DE LA SALUD  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL



## MODELO DE SOLICITUD DE PUESTOS. (ANEXO III)

### CATEGORÍA TERAPEUTAS OCUPACIONALES

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
UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	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