Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ANEXO IV

MOVILIDAD INTERNA – ALEGACIONES

AL:_____ **DE FECHA:** _____

DATOS DEL PROFESIONAL (Cumplimentar en letras mayúsculas)	
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIF:
CATEGORIA:	SITUACION LABORAL:
UNIDAD:	TLFNO:
Email:	

Presenta la siguiente alegación:

Documentación en relación a la alegación aportada:

_____

_____

Cádiz a ___ de _____ de ____

Fdo.: D/Dª. _____

Entregar en Registro General Hospital U. Puerta del Mar, o por alguno de los medios contemplados en el art. 16.4 y D.T. 2ª de la Ley 39/2015.

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO U. PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR
Avenida Ana de Viya, 21 – 11009 Cádiz
Teléfono 956 00 21 00 www.hupm.com