



**ANEXO IV**

**MOVILIDAD INTERNA – ALEGACIONES**

**AL: LISTADO PROVISIONAL DE ADSCRIPCIONES DE FECHA: 09/09/2022**

**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/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

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

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