

SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. _____

Categoría: _____

Por la presente adjunto solicitud de Compatibilidad para que desde la Dirección de Recursos Humanos del Área se proceda al trámite correspondiente.

Cáceres a _____ de _____ de 20__

Fdo. _____

A/A DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES