

ANEXO II

GERENCIA DE ÁREA DE SALUD DE CÁCERES SOLICITUD TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

CATEGORÍA		GRUPO
NIF/NIE	APELLIDOS Y NOMBRE	
DOMICILIO		CÓDIGO POSTAL
MUNICIPIO	PROVINCIA	
TELÉFONOS		

2. DATOS DEL DESTINO DEFINITIVO ACTUAL

HOSPITAL	SERVICIO/UNIDAD	TURNOS

3. DESTINOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

ORDEN	CÓDIGO DEL PUESTO	TURNOS
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

Nota: Si desea solicitar más destinos debe numerarlos correlativamente en la hoja siguiente.

Cáceres, a _____ de _____ de 201__

Fdo. _____

