

## SOLICITUD DE MOVILIDAD POR RAZONES DE SALUD

### Datos personales

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ F. Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tlf. de trabajo \_\_\_\_\_ Tlf. Personal \_\_\_\_\_

Categoría profesional y/o puesto de trabajo \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

**DECLARO encontrarme en situación de activo** en la plaza de la cual soy:

Propietario

Temporal    Detallar la situación: \_\_\_\_\_

**ACEPTO** el procedimiento, criterios y mecanismos de control establecidos en el "Protocolo de Ejecución de la Movilidad por Razones de Salud" así como someterme voluntariamente al reconocimiento médico pertinente, facilitando en ese momento toda la información y documentación clínica que se requiriera.

En consecuencia, FORMULO la presente **SOLICITUD DE MOVILIDAD POR RAZONES DE SALUD**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_