

**ANEXO I**  
**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**  
**SOLICITUD DE REDUCCIÓN DEL IMPORTE DEL COMPLEMENTO ESPECÍFICO**

**1. SOLICITANTE**

Primer Apellido
Segundo Apellido
Nombre
DNI

**2. ACTIVIDAD PÚBLICA PRINCIPAL EN EL SECTOR PÚBLICO AUTONÓMICO**

Área de Salud
Centro de trabajo
Unidad Administrativa o Servicio
Localidad
Provincia
Denominación del Puesto de Trabajo
Naturaleza jurídica de la relación de empleo:    Estatuario/a Fijo/a    Estatuario/a Interino/a    Funcionario/a    Laboral    Eventual

**3. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

Dirección
Localidad
Código Postal
Provincia
Teléfono
Correo Electrónico (preferentemente corporativo)

De conformidad con lo establecido en la Disposición Adicional Octava de la Ley 7/2013, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para 2014, SOLICITA la reducción del importe del complemento específico correspondiente al puesto de trabajo ocupado en el sector público autonómico con el fin de adecuarlo al porcentaje a que se refiere el artículo 16.4 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

En ....., a ..... de ..... de 20....

El interesado/a (firma)

Fdo.: .....

**SR./SRA. GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES**

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso/ formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y el tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación del expediente solicitado.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito cursado a la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.

\*La presente solicitud admite su presentación por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16.4 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

\*Se enviará una copia de la correspondiente resolución al correo electrónico indicado en la solicitud.

## INSTRUCCIONES

### C. GENERALES:

- En caso de que la persona solicitante crea necesario ampliar la información, ésta se adjuntará en hoja/s aparte a este impreso.
- Presentación: en cualquiera de los Centros de Atención Administrativa (CAD) u Oficinas de Respuesta Personalizada (ORP) de la Junta de Extremadura, o en alguno de los lugares previstos en el artículo 16.4 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, o en el Decreto 257/2009, de 18 de diciembre, por el que se implanta un Sistema de Registro Único y se regulan las funciones administrativas del mismo en el ámbito de la administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, y dirigida a la Gerencia del Área correspondiente.
- El órgano competente para resolver su solicitud de reducción del complemento específico y/o concepto equiparable es la Gerencia del Área correspondiente.
- El plazo máximo para resolver su solicitud y notificar la resolución establecido normativamente es de un mes, contado a partir del día siguiente al de la fecha en que ésta haya tenido entrada en el Sistema de Registro único de la Junta de Extremadura, vencido el cual sin que se le hubiera notificado resolución expresa podrá entenderla estimada por silencio administrativo.

### D. ESPECÍFICAS:

- Datos de la persona solicitante:** consigne los apellidos, nombre y núm. de documento de identificación personal de quien realiza la solicitud.
- Datos del puesto que ocupa en el sector público autonómico:** Identifique los datos orgánicos de dependencia donde presta servicios, ubicación y la denominación del puesto de trabajo que ocupa.
- Datos relativos a las notificaciones:** Debe indicar los datos del domicilio en el que desea le sean practicadas las notificaciones relacionadas con su expediente.
- Firma de la solicitud:** Debe consignar lugar, fecha y firma de su solicitud.
- Datos relativos al órgano al que van dirigidas:** Se habrá de concretar la Gerencia del Área a la que figure adscrito el puesto de trabajo.

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso/ formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y el tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación del expediente solicitado.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito cursado a la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.

\*La presente solicitud admite su presentación por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16.4 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

\*Se enviará una copia de la correspondiente resolución al correo electrónico indicado en la solicitud.