

**MODELO DE RECLAMACIÓN Y SUBSANACIÓN**  
**TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS ÁREA DE SALUD DE CÁCERES**

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con D.N.I. nº. \_\_\_\_\_ y domicilio a efectos de notificaciones en  
\_\_\_\_\_, código postal:  
\_\_\_\_\_ y población: \_\_\_\_\_.

Que presta servicios en el Complejo Hospitalario de Cáceres, en la categoría de \_\_\_\_\_, y habiendo participado en el Concurso de Traslados Intrahospitalarios del Área de Salud de Cáceres,

**EXPONE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOLICITA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aportando junto a la presente solicitud, los documentos que se relacionan a continuación:

- Documento 1) \_\_\_\_\_
- Documento 2) \_\_\_\_\_
- Documento 3) \_\_\_\_\_

Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos incluidos en este documento son acordes a la realidad.

(Pueden presentar si lo desean folios adicionales que completen esta solicitud)

Cáceres, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 4.

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

**GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES.**