

Fecha de Entrada

**Alegaciones al Catálogo Provisional de puestos de trabajo de Movilidad Interna
Hospital San Carlos**

Datos del Profesional (Cumplimentar en letras mayúsculas)		
Nombre	Apellidos	
NIF	Categoría	Situación Laboral
Unidad destino	Teléfono Trabajo	Teléfono Particular
E-mail		

Presenta la siguiente alegación.

Es muy conveniente aportar documentación que pueda reforzar la alegación.

San Fernando, a ___ de _____ de 20____

Firmado : _____

➤ **Entregar en Registro General**