



## ANEXO II

### SOLICITUD DE ENCUADRAMIENTO EN EL GRADO CORRESPONDIENTE DEL SISTEMA DE CARRERA PROFESIONAL, PERIODO ORDINARIO PARA EL PERSONAL LICENCIADO Y DIPLOMADO SANITARIO SESPA

LICENCIADO SANITARIO <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO SANITARIO <input type="checkbox"/>
GRADO DE CARRERA PROFESIONAL QUE SOLICITA	GRADO I <input type="checkbox"/> GRADO II <input type="checkbox"/> GRADO III <input type="checkbox"/> GRADO IV <input type="checkbox"/>

#### DATOS PERSONALES

Primer Apellido					
Segundo Apellido					
Nombre					
NIF / NIE				Letra	
Domicilio(Calle, Plaza..)					
Nº	Bloque	Portal	Piso	Puerta	
Municipio					
Provincia			Código Postal		
Teléfono Fijo			Teléfono Móvil		
Dirección Correo Electrónico					

#### DATOS PROFESIONALES

<b>CATEGORIA</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>SITUACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA QUE SE ENCUENTRA</b>  SERVICIO ACTIVO <input type="checkbox"/> SERVICIOS ESPECIALES <input type="checkbox"/> ASIMILADO CON RESERVA DE PLAZA <input type="checkbox"/>	<b>OTRAS SITUACIONES</b>  LIBERACIÓN SINDICAL <input type="checkbox"/> COMISION DE SERVICIO FUERA CENTRO/IISS DEL SESPA <input type="checkbox"/> ADSCRIPCION TEMPORAL EN SS.CC. DEL SESPA <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO Y AREA SANITARIA EN EL QUE TIENE PLAZA EN PROPIEDAD: _____	
NOMBRE DEL CENTRO Y AREA SANITARIA EN EL QUE ACTUALMENTE PRESTA SERVICIOS: _____	
Sº/SECC./UNIDAD/EQUIPO AL QUE SE ENCUENTRA ADSCRITO: _____	

#### LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/ la abajo firmante SOLICITA el encuadramiento en su Grado de Carrera y declara, bajo su expresa responsabilidad que reúne los requisitos exigidos y que son ciertos los datos y circunstancias que se hacen constar en la presente solicitud.

En.....a.....de.....de.....

Fdo.:.....

DIRECTOR/A GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS