



## ANEXO VII

### Modelo de Renuncia

D/Dña \_\_\_\_\_, con DNI n° \_\_\_\_\_, con domicilio en la C/ \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_ y con tfno. \_\_\_\_\_ de contacto \_\_\_\_\_

### MANIFIESTA

Su expresa renuncia a la participación en el proceso de solicitud de reconocimiento del grado correspondiente, periodo ordinario, de la Carrera Profesional para el personal Licenciado/a y Diplomado/a Sanitario de los Centros e Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias de convocado mediante Resolución de la Dirección Gerencia del SESPA de fecha \_\_\_\_\_, en la categoría de \_\_\_\_\_ y que fue presentada ante esa Dirección Gerencia con registro de entrada de fecha \_\_\_\_\_.

Lo que hace constar en tiempo y forma a los efectos oportunos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2016

(firma)

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.