



## ANEXO II

### SOLICITUD DE AMPLIACIÓN A TIEMPO COMPLETO DE LA JORNADA ORDINARIA DE TRABAJO DEL PERSONAL DE INSTITUCIONES ABIERTAS DE MODELO TRADICIONAL

#### DATOS PERSONALES:

Apellidos:		
Nombre:	D.N.I.:	Teléfono:
Domicilio:		
Municipio:	C.P.:	

#### DATOS LABORALES:

Centro de Trabajo (Gerencia/Dirección Gerencia):
Categoría:

El abajo firmante manifiesta que es personal sanitario de modelo tradicional con jornada reducida, siendo ciertos los datos anteriores, y SOLICITA la prestación de servicios a tiempo completo.

En \_\_\_\_\_ a de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(firma)

**ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**