

ANEXO I

**MODELO DE RENUNCIA AL COMPLEMENTO ESPECÍFICO DEL
PERSONAL FACULTATIVO DEL
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA - LA MANCHA**

Primer Apellido	Segundo Apellido
Nombre	N.I.F.:

CATEGORÍA:	CENTRO DE TRABAJO:
PUESTO DE TRABAJO:	LOCALIDAD:

MANIFIESTA:

Que de acuerdo con la normativa vigente, viene desempeñando en el Sector Sanitario Público su puesto de trabajo con dedicación exclusiva, percibiendo por ello el correspondiente Complemento Específico desde: _____

Que en virtud de la modificación del Real Decreto-Ley 3/87 de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal Estatutario del INSALUD, realizada por el artículo 53 de la Ley 66/1997, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social.

SOLICITA:

Le sea aceptada la renuncia a la percepción del citado Complemento Específico.

En Albacete, a _____ de _____ de 200__.

Firmado: _____.

ADVERTENCIA SOBRE ESTA SITUACION

- La aceptación a la renuncia del complemento específico, no implica la autorización para desempeñar una segunda actividad, y que el incumplimiento formal de la formativa de incompatibilidades es susceptible de sanción disciplinaria
- El reconocimiento de compatibilidad de actividades debe renovarse cada vez que se cambia de puesto de trabajo, caducando cuando se modifican las circunstancias que la hicieron posible.

SR. DIRECTOR GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE ALBACETE