

ANEXO VII

**SOLICITUD DE ACREDITACION 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 deseando prestar servicios en régimen de dedicación exclusiva al Sistema Sanitario Público.

SOLICITA:

Le sea reconocido el derecho a percibir el correspondiente Complemento Especifico en los términos previstos en el del Real Decreto-Ley 3/87 de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal Estatutario del INSALUD, según la nueva redacción dada por el artº 53.1 de la Ley 66/1997, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social.

En Albacete, a _____ de _____ de 200__.

Firmado: _____.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO CON LA PRESENTE INSTANCIA

- Fotocopia compulsada del cese en la actividad compatible realizada anteriormente

SR. DIRECTOR GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE ALBACETE