

RENUNCIA A NOMBRAMIENTO TEMPORAL

D./Dña. _____

con D.N.I. nº _____ que presta servicios en el Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete con la categoría de _____,

con tipo de nombramiento temporal (especificar: plaza vacante, sustitución, vacaciones, incapacidad temporal, eventual, etc...) _____,

iniciado con fecha _____ en el servicio de _____

RENUNCIA AL NOMBRAMIENTO TEMPORAL que viene desempeñando en este hospital.

- Fecha de efectos de la renuncia: _____
- Motivo de la renuncia: _____

A partir del día siguiente de la fecha de efectos de la renuncia, siempre que sea aceptada por la gerencia de este hospital, Ud. deja de prestar servicios en este hospital.

Albacete, a _____ de _____ de 2.00__

Fdo.: _____

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE R.R.H.H. Servicio de Personal.

NOTA: Les recordamos que según las normas reguladoras de las bolsas de trabajo de este hospital, la renuncia a nombramiento temporal en vigor supone sanción para el trabajador por un periodo de 15 meses a contar desde la fecha de la renuncia