

# JUBILACIÓN

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_

C.P: \_\_\_\_\_

TELF/E-MAIL: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

**E X P O N E** : Que al finalizar la jornada del próximo día \_\_\_\_\_ cesaré en la prestación de servicios como \_\_\_\_\_ al haber cumplido la edad reglamentaria para la jubilación voluntaria de acuerdo con la Ley General de la Seguridad Social y

**S O L I C I T O** la cumplimentación del certificado que se acompaña, a fin de iniciar los trámites con el I.N.S.S. para solicitar la pensión.

Granada, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_de 201\_

**Fdo.:**

SR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA.