SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
CONSEJERIA DE SALUD

(MODELO I)

CENTRO DE ENTREGA: UNIDAD DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

D._____con D.N.I. nº_____

Domicilio en _____

Teléfono de contacto_____,comunica que ha recibido de la Dirección General de Personal escrito en el que se le comunican los datos obrantes en la Historia Laboral del mismo, habiendo observado que existen errores/omisiones, por lo que

S O L I C I T A: Se actualicen los datos que a continuación se relacionan:

(A) OMISIÓN PERIODOS

CENTRO	CATEGORÍA PROFESIONAL	FECHA DE INICIO	FECHA DE CESE