

**PERSONAL QUE HA PARTICIPADO EN LA FASE DE PROVISIÓN**

**(SOLICITUD SUSPENSIÓN PLAZO POSESORIO POR I.T.)**

**D./Dña.** \_\_\_\_\_  
D.N.I. \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_  
provincia de \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Dirección email \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**EXPONE:** Que ha obtenido plaza en propiedad en la categoría profesional de \_\_\_\_\_, encontrándose en la actualidad en situación de **Incapacidad Temporal,**

**SOLICITA:** continuar en la mencionada situación, acogiéndose a lo regulado en las Instrucciones dictadas por la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, de fecha 20 de mayo de 2005, teniendo en cuenta que el plazo posesorio queda suspendido hasta la obtención del alta médica, reanudándose su cómputo una vez obtenida esta.

En Granada, a      de      de

Fdo.:

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