

ANEXO II

MODELO SOLICITUD TURNO FIJO NOCTURNO

NOMBRE _____

CATEGORIA _____

CENTRO _____

AREA DE PRESTACION DE SERVICIOS _____

FECHA DE INICIO DE PRESTACION DE SERVICIOS EN EL AREA _____

SERVICIOS PRESTADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD _____

(Los dos criterios anteriores se aplicarán con carácter excluyente)

TIEMPO Y PERIODO PARA EL QUE SOLICITA EL T.F.N. _____

SR. DIRECTOR GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES