

**INSTANCIA MOVILIDAD FUNCIONAL A URGENCIAS
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PERIODO VERANO 2018**

DATOS PERSONALES DEL/ DE LA ASPIRANTE:

Apellidos y nombre _____
DNI. _____ Servicio actual de adscripción _____ Tfnos/ MAIL
CORPORATIVO _____

DECLARA: Que cumple las condiciones exigidas en la convocatoria, Auxiliar Administrativo/a, labora fijo o funcionario de carrera, en situación de servicio activo y prestación de servicios efectivos en el cuerpo, escala y grupo profesional objeto de la convocatoria:

- PERSONAL LABORAL FIJO
 FUNCIONARIO DE CARRERA

Asimismo, se compromete al disfrute de las vacaciones reglamentarias correspondientes a este ejercicio 2018 o que se ejerciten en este ejercicio 2018, en caso de corresponder vacaciones de ejercicios anteriores, ANTES O DESPUES de finalizado el periodo de movilidad funcional al servicio de Urgencias, acomodándose a las establecidas para el resto de personal en su servicio de origen y a las necesidades del servicio.

Castellón de la Plana, ___ de _____ de 2018

LA PERSONA SOLICITANTE

DIRECCIÓN ECONÓMICA CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL CASTELLON