

MODELO DE RECLAMACIÓN Y SUBSANACIÓN
TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

D/D^a. _____

con D.N.I. nº. _____ y domicilio a efectos de notificaciones en

_____, código postal:
_____ y población: _____.

Que presta servicios en el Complejo Hospitalario de Cáceres, en la categoría de _____, y habiendo participado en el Concurso de Traslados Intrahospitalarios del Área de Salud de Cáceres,

EXPONE

SOLICITA

Aportando junto a la presente solicitud, los documentos que se relacionan a continuación:

- Documento 1) _____
- Documento 2) _____
- Documento 3) _____

Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos incluidos en este documento son acordes a la realidad.

(Pueden presentar si lo desean folios adicionales que completen esta solicitud)

Cáceres, a ____ de _____ de 2025.

Fdo.: _____

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES.