



SOLICITUD TOMA POSESIÓN O.E.P.

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ **D.N.I.:** _____

Tfno. Móvil: _____ **Correo electrónico:** _____

EXPONE, que:

Por resolución de la Dirección General del S.A.S. de fecha _____

BOJA número _____ de fecha _____, se resuelve nombrar como personal estatutario fijo con destino:

- ZONA BÁSICA DE SALUD
- DISPOSITIVO APOYO
- HOSPITAL DE _____

en la categoría/especialidad de _____

Por lo que **COMUNICA** que:

Al inicio de la jornada del día _____, se hará efectiva la toma de posesión de la plaza adjudicada en el Área de Gestión Sanitaria _____

Motril a, _____ de _____ de 202 ____

A/A GERENTE ÁREA GESTIÓN SANITARIA _____



DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/ Dña. _____

con Documento Nacional de Identidad número _____

con nombramiento como personal fijo en el Servicio Andaluz de Salud en la categoría
/especialidad de _____.

MANIFIESTA EXPRESAMENTE que:

No ha sido separado/a del servicio, mediante expediente disciplinario, de cualquier servicio de salud o Administración pública en los seis años anteriores a la convocatoria de la categoría/especialidad en la que ha obtenido plaza fija en _____, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión, así como que posee la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se derivan del nombramiento que se le va a conferir.

En _____ a _____ de _____ de 202

(firma)

A/A GERENTE ÁREA GESTIÓN SANITARIA _____



DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./D^a. _____

con D.N.I. _____

Categoría: _____

El/La abajo firmante, a los efectos previstos en el art.10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del art. 13.1 del Real Decreto 598/1985, de 30 de abril.

DECLARA,

que no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibilidades o que requieran reconocimiento de compatibilidad.

Tampoco percibe pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social pública y obligatoria.

En _____, a _____ de _____ de 202 ____

Fdo. _____

A/A GERENTE ÁREA GESTIÓN SANITARIA _____



DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

N.I.F.: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ MUNICIPIO: _____

PROVINCIA: _____ NACIONALIDAD: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____

MUNICIPIO: _____ C.P. _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____ N.º SEGURIDAD SOCIAL: _____

E-MAIL: _____

DATOS BANCARIOS				
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C	N.º CUENTA

En _____, de _____ de 20 _____

Fdo.: