**ANEXO II**

**SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DE ACOPLAMIENTO INTERNO PREVIO**

**ÁREA SALUD TUDELA**

**RESOLUCIÓN: 617E/2022, de 20 de diciembre**

**ÁMBITO: ÁREA DE SALUD DE TUDELA**

**CATEGORÍA: …………………………………..………..**

**DATOS PERSONALES:**

Apellidos y nombre: ……………………………………………………………………………..

D.N.I: ……………………………………………………………………………………………..

Dirección: ………………………………………………………………………………………..

Centro de trabajo/Unidad orgánica (plaza básica): ………..……………………………………………………………………………………………

Fecha Antigüedad en nómina: …………………………………………………………………

Teléfonos de contacto: …………………………………………………………………………..

Solicita ser admitido/a en la convocatoria de Acoplamiento Interno Previo aprobada por la resolución citada.

 TUDELA, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

DIRIGIDO AL SERVICIO DE PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA