

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A PUESTO DE TRABAJO

D/D^a: _____

DNI: _____ TLF: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

CATEGORÍA: _____

CENTRO: _____

Comunico a la administración del Departamento de Salud de Castellón, que al finalizar el día ___/___/___ mi permiso por:

- EXCEDENCIA
- MATERNIDAD
- REDUCCIÓN DE JORNADA
- _____

Me incorporaré a mi puesto de trabajo el día ___/___/___

Castellón de la Plana, a

FIRMA

GERENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN