



### SOLICITUD EXCEDENCIA VOLUNTARIA

D/D <sup>a</sup>
------------------

DNI	TELÉFONO
-----	----------

CATEGORÍA	CORREO ELECTRÓNICO
-----------	--------------------

CENTRO
--------

#### EXPONE

Que deseando acogerse al derecho reconocido en el Art. 67 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y cumpliendo todos los requisitos establecidos en el mismo, y con motivo de **INTERÉS PARTICULAR**

#### SOLICITA

Que previos los trámites oportunos, le sea concedida con efectividad del día \_\_\_\_\_ la **EXCEDENCIA VOLUNTARIA**, por lo que el último día en servicio activo será el \_\_\_\_\_.

Castellón de la Plana, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

GERENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN