Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

SOLICITUD TURNO FIJO DE NOCHE

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

D./Dª. ……

Con DNI_____, teléfono _____,

Email _____

Categoría Profesional _____ en el servicio/ unidad _____

SOLICITO TURNO FIJO DE NOCHE desde el 1 de abril de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021 en las siguientes opciones:

☐ **En la unidad en la que presto mis servicios en la actualidad.**

☐ **En cualquier unidad donde sea posible en el conjunto del Hospital Universitario San Cecilio, priorizando mis áreas de preferencia.**

☐ **En la actualidad dispongo de un turno fijo de noches y deseo mantenerlo exclusivamente en la misma unidad.**

☐ **En la actualidad dispongo de un turno fijo de noche y deseo mantenerlo en la misma unidad y de no ser posible, en cualquier unidad donde sea posible en el conjunto del Hospital Universitario San Cecilio, priorizando mis áreas de preferencia.**

Áreas de Preferencia:

_____
_____
_____

En Granada, a de marzo de 2020

Fdo.: _____

DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN DE PERSONAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

(Esta solicitud deberá presentarse por Registro Oficial del 1 al 15 de Marzo de 2020)