Junta de Andalucía
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

COMUNICACION DE RENUNCIA VOLUNTARIA A NOMBRAMIENTO TEMPORAL

DATOS DEL PROFESIONAL

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

N.I.F. Nº: N.I.E. Nº TELÉFONO _____

E-MAIL _____

CATEGORÍA ----------

SERVICIO/UNIDAD ..... CENTRO ----------

COMUNICA: Que renunciará al nombramiento temporal en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio, al finalizar la jornada laboral del día:

MOTIVOS:

- ○ Mejora
- ○ Motivos personales
- ◉ Otros

En Granada, a -- de ---------- de ----------

Fdo.: _____

VALORACIÓN POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO/UNIDAD

INFORME CONCRECIÓN HORARIA	INFORME DIRECCIÓN
☐ PROCEDE SOLICITUD DE PROFESIONAL ☐ SE HA LLEGADO A ACUERDO CON PROFESIONAL (necesaria la **firma del profesional**) ☐ NO PROCEDE (adjuntar **informe motivado** y que justifique la imposibilidad de acceder a lo solicitado y el intento fallido de acuerdo) EL RESPONSABLE UNIDAD :	☐ AUTORIZADO ☐ DESAUTORIZADO EL/LA DIRECTOR/A SUBDIRECTOR/A

DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO SAN CECILIO. GRANADA