

ANEXO II
Solicitud de carrera profesional

D./D^a. _____ con
D.N.I. n^o _____, personal que presta servicios en el Organismo Autónomo
Servicio Extremeño de Salud,

EXPONE

Que el que suscribe la presente solicitud es personal :

- | | |
|---|---|
| ☐ estatutario fijo | ☐ funcionario del SES |
| ☐ estatutario interino | ☐ laboral fijo del SES |
| ☐ estatutario sustituto con más de 3 años de servicios ininterrumpidos | |
| ☐ funcionario retribuido por RD-L 3/1987 o de cupo | |

con la categoría profesional de _____, y presta servicios en el
centro _____ del Área de Salud
de _____ (tlfno. laboral _____ /tlfno. móvil _____).

Que considera que reúne el requisito mínimo de ejercicio profesional requerido
para el nivel⁽³⁾ _____, así como los méritos necesarios que se
acompañan a la presente instancia junto con, en su caso, el formulario de
autoevaluación y los documentos justificativos que la ampara.

Por lo que, al amparo de lo establecido en la cláusula quinta del Acuerdo sobre
carrera profesional en el Servicio Extremeño de Salud suscrito en la Mesa Sectorial de
Sanidad, **SOLICITA** el reconocimiento del nivel _____ de carrera
profesional.

En _____, a _____ de _____ de 2005
(firma)

⁽²⁾ Nivel inicial, experto, consultor, referente o excelente.

**ILMO SR DIRECTOR-GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.-
MÉRIDA.**
