

A.A. DIRECCION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

D./Dña \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

Domiciliado en .....

y Tfno: ..... que presta sus servicios en el Centro .....

..... con la categoría profesional de .....

ante la necesidad legal de solicitar expresamente la inclusión en el sistema de Carrera Profesional que deberá tener efectos económicos desde el 1 de Julio de 2006

SOLICITA:

Que, como **profesional sanitario** con derecho a Carrera Profesional, le sea facilitada **CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS** con nivel académico de **licenciado** según el artículo 6 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en el conjunto de las instituciones sanitarias públicas y con inclusión del periodo de formación mediante residencia.

Atentamente,

..... a ..... de ..... de 200.....