

A.A. DIRECCION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD n°

Don./Dña..... con DNI

Domiciliado en

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 SOLICITA:

Que, como **profesional sanitario** con derecho a percibir el complemento de 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.

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

Firmado.: