



ANEXO I

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN CONCURSO DE MOVILIDAD INTERNA

APELLIDOS Y NOMBRE	
DNI:	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
DOMICILIO	
C, POSTAL Y LOCALIDAD	

EXPONE

Que desea participar en el concurso de Movilidad Interna convocado mediante Resolución de la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Reina Sofía de fecha ____/____/____

Por todo ello presenta la presente solicitud de puestos, centros o Unidades de trabajo, con indicación del código correspondiente según referencia:

OPCIÓN	CÓDIGO	OPCIÓN	CÓDIGO	OPCIÓN	CÓDIGO
1º		2ª		3ª	

El abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria.

En Córdoba a ____ de _____ de 2.0

Fdo: _____

A/A DIRECTORA GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “REINA SOFÍA”

Hospital Universitario Reina Sofía Avda. Menéndez Pidal, s/n 14004 Córdoba
Tel. 957 010 000 www.hospitalreinasofia.org

Código:	6hWMS871PFIRMAIVLpg6fWiDcvLs0G	Fecha	30/09/2021	
Firmado Por	MARIA DEL VALLE GARCIA SANCHEZ			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	1/1	