

## **SOLICITUD EXENCIÓN CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y/O JORNADA COMPLEMENTARIA POR MOTIVOS DE EDAD**

D./Dña.

con DNI n.º

teléfono n.º

, nacido el día

correo electrónico:

facultativo del

y adscrito al servicio / unidad de

### **EXPONE**

Que acogándose a lo regulado en los puntos 3.3.4 y 3.4.2 del Acuerdo de 16 de mayo de 2006 de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre Política de Personal para el período 2006 a 2008 y, reuniendo las condiciones exigidas en el Decreto 21/2000, de 31 de enero y Orden de Desarrollo de 10 de mayo de 2000, sobre Guardias Médicas en los Centros Hospitalarios del SAS, en cuanto al requisito de la edad, al tener cumplidos 55 años.

### **SOLICITA**

Exención de Jornada Complementaria.

En Granada a

de

de 20

### **FIRMADO:**

VºBº responsable U.G.C.

VºBº dirección asistencial

FDO

FDO:

**DISTRITO AP GRANADA METROPOLITANO**