

ANEXO III

ACOPLAMIENTO PRIMERA FASE PERSONAL SANITARIO

FISIOTERAPEUTA AÑO 2024

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. nº: _____

Destino: _____

Puestos a los que opta por orden de preferencia:

Nº ORDEN	PUESTOS	TURNO	Nº PUESTOS DEFINITIVOS	Nº PUESTOS CON CARÁCTER PROVISIONAL	MOTIVO DE LA RESERVA DEL PUESTO PROVISIONAL
	REHABILITACIÓN	TARDE	1		
	REHABILITACIÓN	TARDE		1	COMISIÓN SERVICIOS (MPMH)

(RECUERDE QUE ES NECESARIO APORTAR LOS CERTIFICADOS DE SERVICIOS PRESTADOS FUERA DEL ÁMBITO DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, Y/O FOTOCOPIA DEL ESCRITO DE SOLICITUD DE LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS CON EL SELLO DE REGISTRO DE ENTRADA.)

Zaragoza, a _____ de _____ de 2024

(Firma)