

**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)