



SOLICITUD
2ª FASE DE MOVILIDAD INTERNA, HOSPITAL DE BARBASTRO

Nombre:	
Categoría:	
Servicio/Unidad:	
Puesto de Trabajo:	

PUESTOS A LOS QUE OPTA POR ORDEN DE PREFERENCIA

Nº ORDEN	Nº DE SOLICITUD	SERVICIO / UNIDAD	DENOMINACIÓN	TURNOS
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

En Barbastro, a _____ de _____ de 20__

(Firma)