



SOLICITUDE DE REINCORPORACIÓN A XORNADA COMPLETA

NOME E APELIDOS:			
TELÉFONO:		DNI:	
CATEGORÍA:		ESPECIALIDADE:	
CENTRO SANITARIO:			

EXPÓN

Que tendo concedida unha redución de xornada,

SOLICITA

A reincorporación a xornada completa con data

sendo esta a data de incorporación efectiva ao meu posto de traballo.

A Coruña, a

Asinado: