



## ANEXO I

### SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN CONCURSO DE MOVILIDAD INTERNA

<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>	
<b>DNI:</b>	
<b>CATEGORÍA PROFESIONAL</b>	
<b>DOMICILIO</b>	
<b>C, POSTAL Y LOCALIDAD</b>	

### EXPONE

Que desea participar en el concurso de Movilidad Interna convocado mediante Resolución de la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Reina Sofía de fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por todo ello presenta la presente solicitud de puestos, centros o Unidades de trabajo, con indicación del código correspondiente según referencia:

<b>OPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>OPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>OPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>
<b>1º</b>		<b>2ª</b>		<b>3ª</b>	

El abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria.

En Córdoba a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0

Fdo: \_\_\_\_\_

A/A DIRECTORA GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “REINA SOFÍA”

Hospital Universitario Reina Sofía Avda. Menéndez Pidal, s/n 14004 Córdoba  
Tel. 957 010 000 [www.hospitalreinasofia.org](http://www.hospitalreinasofia.org)

<b>Código:</b>	6hWMS941PFIRMAz0zursv8PT1cEvfQ	<b>Fecha</b>	04/06/2018	
<b>Firmado Por</b>	MARIA DEL VALLE GARCIA SANCHEZ			
<b>Url De Verificación</b>	<a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/</a>	<b>Página</b>	1/1	