



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud



SOLICITUD RENUNCIA NOMBRAMIENTO

D./D^a _____, con

DNI _____ y categoría _____

Que presta o va a prestar en el Distrito Sanitario

Málaga ☐

Guadalhorce ☐

Renuncia

1. ☐ al nombramiento (*) _____

aceptado y no iniciado para comenzar a prestar servicios el

2. ☐ al nombramiento (*) _____

Con fecha de inicio el _____ y trabajando como último día
el _____

Por la siguiente causa (**):

☐

Málaga a

Fdo.: _____

(*) Indicar tipo de nombramiento (temporal, interino, sustitución, promoción interna...)

(**) Indicar motivo de renuncia.

A/A DIRECTOR GERENTE DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-GUADALHORCE

Distritos Sanitarios Málaga-Valle de Guadalhorce

C/ Sevilla, 23-4º 29009 Málaga

Teléf.: 951-031300 Fax: 951-031305