Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

D./Dª_____,con D.N.I. núm._____con domicilio_____, tfno móvil._____ y correo electrónico_____ , en posesión del título de_____ y prestando sus servicios en el Hospital/Distrito Sanitario_____

EXPONE: Que desea tomar parte en la convocatoria para la selección de miembros del Comité de Ética Asistencial de Málaga, con sede administrativa en el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

SOLICITA: Ser admitido a dicha convocatoria, para lo cual aporta la siguiente documentación (enumerar)

Fecha y firma

SR. DIRECTOR GERENTE DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-GUADALHORCE

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
C/Sevilla, 23. 29009
Teléf.951 03 13 00 fax 951 03 13 05

Código:	6hWMS840PFIRMA4CwM/gXeIycFSbOt	Fecha	30/01/2023
Firmado Por	ENRIQUE J VARGAS LOPEZ		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	1/1