

SOLICITUD JORNADA COMPLEMENTARIA

D/D^a _____, con D.N.I. _____, y
categoría profesional de _____, con contrato en vigor al _____% de la
Jornada, en el _____, del _____
y teléfono de contacto núm. _____.

De conformidad con lo establecido en los artículos 48 y 49 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, manifiesto mi consentimiento a la superación de las 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral con el límite máximo de 150 horas al año.

SOLICITO

Se me conceda autorización para realizar Jornada Complementaria, voluntariamente y siempre que no incumpla con mis obligaciones y horarios del Centro u Hospital al que estoy adscrita/o en:

- ☐ SUAP D. MÁLAGA
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD RINCÓN DE LA VICTORIA
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD ALHAURÍN DE LA TORRE
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD ALHAURÍN EL GRANDE
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD ALORA
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD ALOZAINA
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD CARTAMA ESTACIÓN
- ☐ ZONA BÁSICA DE SALUD COÍN

En Málaga, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

A/A DIRECTORA DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL DISTRITO SANITARIO
MÁLAGA-GUADALHORCE