



SOLICITUD DE RENUNCIA/CESE

Nombre	
Apellidos	
DNI	Teléfono
Categoría	Centro
Correo electrónico	

1.- MANIFIESTA que, (haga una breve exposición del motivo) por

2.- Tengo previsto RENUNCIAR/CESAR en el nombramiento que vengo desempeñando en ese centro sanitario AL FINALIZAR LA JORNADA LABORAL DEL PRÓXIMO DÍA

En Elda, a

Fdo.:

GERENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ELDA