

**SOLICITUD DE RECURSO POTESTATIVO DE REPOSICIÓN FRENTE A LA  
RESOLUCIÓN DE LA CONSELLERA DE SANIDAD DEL 17/07/2017 QUE APRUEBA EL  
PAGO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE DEL EJERCICIO 2016**

<b>A</b>	<b>DATOS PERSONALES</b>	
APELLIDOS		NOMBRE
CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA		COD. POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO
MOVIL	CORREO ELECTRONICO	
<b>B</b>	<b>DATOS LABORALES</b>	
CENTRO DE TRABAJO / UNIDAD ADMINISTRATIVA		
CATEGORIA / ESPECIALIDAD		
<b>C</b>	<b>MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN</b>	
(Indicar con X el motivo )		
<input type="checkbox"/> No he cobrado productividad variable correspondiente al ejercicio 2016		
<input type="checkbox"/> Si he cobrado productividad variable correspondiente al ejercicio 2016, pero no estoy de acuerdo con la cantidad, considerando que existe un error en:		
<input type="checkbox"/> Número de días trabajados		
<input type="checkbox"/> Encuadramiento en Unidad / Servicio / Centro de trabajo donde estoy prestando servicios		
Otros motivos, especificar:		
Elda, ____ de _____ de 2017		REGISTRO
<p align="center">El / la interesado/a</p>		
Fdo:		

GERENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA