**SOLICITUD DE RECURSO POTESTATIVO DE REPOSICIÓN FRENTE A LA RESOLUCIÓN DEL CONSELLER DE SANIDAD DEL 29 DE MAYO DE 2024 QUE APRUEBA EL PAGO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE DEL EJERCICIO 2023**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A | **DATOS PERSONALES** | | | | |
| APELLIDOS | | | NOMBRE | | NIF/NIE |
| CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA | | | | | COD. POSTAL |
| LOCALIDAD | | | PROVINCIA | | TELEFONO |
| MOVIL | | | CORREO ELECTRONICO | | |
| B | **DATOS LABORALES** | | | | |
| CENTRO DE TRABAJO / UNIDAD ADMINISTRATIVA | | | | | |
| CATEGORÍA / ESPECIALIDAD | | | | | |
| C | **MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN** | | | | |
|  | (Indicar con X el motivo ) | | | | |
|  | No he cobrado productividad variable correspondiente al ejercicio 2023 | | | | |
|  | Si he cobrado productividad variable correspondiente al ejercicio 2023, pero no estoy de acuerdo con la cantidad, considerando que existe un error en: | | | | |
|  |  | Número de días trabajados | | | |
|  |  | Encuadramiento en Unidad / Servicio / Centro de trabajo donde estoy prestando servicios | | | |
|  | Otros motivos, especificar: | | | | |
| |  | | --- | | Elda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024 |   El / la interesado/a   |  | | --- | | Fdo: | | | | | REGISTRO | |

GERENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA