**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