

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA LA SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE LA  
PERMANENCIA EN EL SERVICIO ACTIVO DE LOS 65 A LOS 70 AÑOS.

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

Departamento \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_

Servicio o Unidad \_\_\_\_\_

DATOS DEL TRABAJADOR SOLICITANTE:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

SIP \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

-Categoría Profesional. \_\_\_\_\_

-Especialidad. \_\_\_\_\_

-Fecha límite siguiente prórroga \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elda a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Gerente del Departamento de Salud de Elda.