

D/D^a _____, con
DNI _____, que presta sus servicios en el Distrito Sanitario
_____, con la Categoría de _____, en
situación de Comisión de Servicio

EXPONE:

Que habiendo obtenido plaza en el concurso de Traslados en la categoría de
_____ en el Hospital/Distrito _____

SOLICITA: el cese en la Comisión de Servicio que vengo desempeñando en el Distrito
_____, a la finalización de la jornada laboral del día
___ de ___ del presente año

Córdoba, ___ de _____ de 200__

Fdo.: _____

SR. DIRECTOR GERENTE DEL DISTRITO SANITARIO _____