



ANEXO I

SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN DE LOS NIVELES DE CARRERA Y PROMOCIÓN PROFESIONAL RECONOCIDOS EN UN SERVICIO DE SALUD DISTINTO AL SERVICIO MURCIANO DE SALUD, O EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
N.I.F.			LETRA		TELÉFONO/S
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					

DATOS PROFESIONALES

CATEGORÍA PROFESIONAL	
CENTRO DONDE ACTUALMENTE PRESTA SERVICIOS	

NIVEL QUE SOLICITA HOMOLOGAR (marcar con una X)

- NIVEL I
 NIVEL II
 NIVEL III
 NIVEL IV

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL NIVEL SOLICITADO

	RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO
	CERTIFICADO ACTUALIZADO DEL RECONOCIMIENTO
	OTRA (indíquela):

El abajo firmante solicita la homologación del nivel de carrera/promoción profesional indicado y **DECLARA** que reúne las condiciones exigidas para ello, así como que son ciertos los datos consignados.

Murcia, de de

(Firma del interesado/a)

- DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

- C/ CENTRAL, 7 –EDIF. “HABITAMIA I” - 30100 ESPINARDO (MURCIA).