

A/A DIRECCION DE AREA SANITARIA / DISTRITO.....

D/Dª.....

Médico de familia, pediatra, odontostomatólogo, de DCCU/SCCU,
contrato mixto (marcar lo que proceda).

Con destino en la Zona Básica de Salud de.....

Distrito / Área sanitaria.....

Con domicilio a efectos de notificación en

.....
.....

SOLICITA:

Que habiéndome acumulado el cupo correspondiente a otros facultativos
en mi Zona Básica de Salud durante el periodo.....

.....

En aplicación del artículo 9 del Decreto 260/2001 se me expida la
autorización debida necesaria para hacerme cargo, en su totalidad o en
parte, de dicho cupo asistencial y/o trabajo de dicho periodo especificando
las necesidades asistenciales por las que se produjo el referido acumulo.
Así como **certificación acreditativa** de los cupos / claves médicas de
población que se me han acumulado (total, parcial, %), las TAES y los
factores H y C asignadas a cada uno de ellos, en el periodo mencionado, al
amparo de percibir la retribución correspondiente de acuerdo al Pacto entre
el S.A.S. y las Organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de
Sanidad de 13 de junio de 2005.

Fdo.

En.....,a.....de.....de 200