

## INCAPACIDAD TEMPORAL

APELLIDOS .....

NOMBRE .....

D.N.I. N° .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD .....

PROVINCIA .....

C.P .....

TLF ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Y CON DESTINO ACTUAL EN .....

### *EXPONE:*

Que según Resolución de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del servicio Andaluz de Salud de fecha ....., publicada en el BOJA núm. .... de ....., ha obtenido plaza en propiedad como personal estatutario en la categoría de ....., con destino en ....., encontrándose en la actualidad en situación de Incapacidad Temporal desde .....

### *SOLICITA:*

La suspensión del plazo posesorio hasta la obtención del Alta Médica, reanudándose su cómputo una vez obtenida esta, acogiéndose a lo regulado en las Instrucciones de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud de 30 de septiembre de 2008

....., a ....., de ..... de 2010

Fdo: .....

SR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL

.....