

**COMISIÓN DE SERVICIO ENTRE CENTROS DEPENDIENTES DEL SAS**

APELLIDOS.....NOMBRE.....

D.N.I. No ..... DOMICILIO .....

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....

C.P .....

TLF ..... CORREO ELECTRÓNICO ..... CON PLAZA EN PROPIEDAD

EN LA CATEGORÍA DE ..... EN EL CENTRO

..... EN EL SERVICIO/UNIDAD

.....

**EXPONE:** Que de acuerdo con lo regulado en el artículo 39, de la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que establece: “que por necesidades del servicio, y cuando una plaza o puesto de trabajo se encuentre **VACANTE o TEMPORALMENTE DESATENDIDO**, podrá ser cubierto en comisión de servicio, con carácter temporal, por personal estatutario de la correspondiente categoría y especialidad”, y con las Instrucciones de la Dirección General de personal y Desarrollo Profesional, según Circular SC 246/09, de 26 de mayo de 2009, en materia de autorización de comisiones de servicio

**SOLICITA:** Le sea concedida la situación de Comisión de Servicio al Centro

..... de....., aceptando que dicha comisión de servicio finalizará según las circunstancias prevenidas en la normativa vigente en su momento.

....., a ....., de ..... de 20.....

Fdo: .....

SR. DIRECTOR GERENTE DEL .....

.....