**Nombre de la Institución de Salud que se encuentra laborando**

 Fecha:

*Nombre y Apellidos del Técnico Medio:*

*C.I:*

*Cargo que ocupa:*

 *Carrera:*

 *Años de trabajo acumulado:*

*Institutos politécnicos de la Salud, politécnicos de Enfermería o Universidad de Ciencias Médicas donde fue graduado:*

 Si es plantilla de la Institución:

Salario que devenga:

Explicar si el trabajador está activo en el sector de la Salud en el momento de solicitar la plaza.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Jefe de Recursos Humanos:

Firma y Cuño.

 Ha sido sancionado: SI: No: Motivo:

 Está activo: Si: No:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Jefe Inmediato

Firma y Cuño.

Aval de la **integralidad** de su centro laboral, emitido por la dirección de la entidad, de conjunto con la Sección Sindical del interesado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Nombre y Apellidos**

**Secretario de Sección Sindical. Nombre y Apellidos del Director**

 **Firma y Cuño de la institución**