



## ANEXO I

### SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN DE LOS NIVELES DE CARRERA PROFESIONAL Y PROMOCIÓN PROFESIONAL RECONOCIDOS EN UN SERVICIO DE SALUD DISTINTO AL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

#### 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

	<b>RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO</b>
	<b>OTRA</b> (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)

- DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

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