

C/ Prof. Martín Lagos s/n
28040 Madrid
Tel.: 91 330 30 00


**Colegio Oficial de Biólogos
de la Comunidad de Madrid**

**COLEGIO OFICIAL DE BIÓLOGOS
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**
Att.: D. Ángel Fernández Ipar
C/ Jordán, 8 - esc. Int. 5º
28010 MADRID

ENTRADA	SALIDA
Nº <u>0006</u>	Nº _____
Fecha <u>8/1/2020</u>	Fecha _____

Madrid, 27 de diciembre de 2019

Estimado Sr.,

En atención a su solicitud, le informamos que se ha modificado el modelo anterior que este Hospital Clínico San Carlos mantenía para la solicitud de contratación temporal, quedando redactado según el nuevo modelo que se adjunta.

Atentamente,

Firmado digitalmente por PEDRO LUIS IZQUIERDO DOYAGUEZ
Emitido por FNMT
Fecha: 2019.12.27 11:45:30 CET
Huella dig.: 00be8c4697be27f00bbe76821939167ce07304e0

D. Pedro Luis Izquierdo Doyagüez
Director de Gestión
Hospital Clínico San Carlos - Madrid



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: 1221611609131959012929

SOLICITUD DE CONTRATACIÓN PERSONAL FACULTATIVO TEMPORAL

1. Identificación del puesto:

Servicio/Unidad: _____

Categoría: Facultativo Especialista

Especialidad: _____

Plantilla orgánica: _____

Técnico Titulado Superior (Áreas Médicas)

2. Identificación de la necesidad de cobertura temporal:

CONTRATOS CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA D.G. RR HH

- Interino por plaza vacante
- Eventual fuera de plantilla
- Guardias
- Sustitución de Comisión de Servicio
- Sustitución de Promoción Interna
- Sustitución de Liberación Sindical
- Sustitución de Permiso sin Sueldo

CONTRATOS SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA D.G. RR HH

- Incapacidad Temporal
- Permiso Maternidad / Paternidad
- Permiso Lactancia
- Excedencia cuidado hijo
- Excedencia cuidado familiar
- Reducción de jornada
- Vacaciones
- Sustitución Intensificación

Turno: _____

Profesional a sustituir:

Tipo de jornada:

Nombre: _____ Nº Empleado: _____

Completa

Apellido 1: _____

Otra (especificar) _____

Apellido 2: _____

3. Cualificaciones específicas del puesto de trabajo concreto: _____

Madrid, a ____ de _____ de _____

Vº Bº Director Médico

Director de Instituto

Jefe de Servicio/Responsable Unidad

4. Valoración de RR HH:

Informe del Servicio de Personal: _____

Código de autorización D.Gral.: _____

Informe del Servicio de Nóminas: _____

Vº Bº
Director Gerente

Vº Bº
Director de Gestión y SS GG

