

SOLICITUD EN MATERIA DE:

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PREVIOS A EFECTOS DE TRIENIOS

ESPACIO PARA EL SELLO DE REGISTRO

Normativa de aplicación: Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre; Ley 55/2003, de 16 de diciembre; Real Decreto 1181/1989, de 29 de septiembre; Ley 70/1978, de 26 de diciembre.

Órgano competente para resolver: Gerencia del Área de Salud (Resolución de 31/10/2008, de la Secretaría General SES; DOE de 11/11/2008)

No será necesario iniciar este procedimiento para quienes tengan trienios reconocidos por otra Administración, en cuyo caso deberá aportarse la resolución de reconocimiento o certificación de haberes, consignando el número de trienios, categoría, porcentaje de reconocimiento y fecha de perfeccionamiento de los mismos.

1.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO

NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
CENTRO DE TRABAJO:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO: (preferentemente corporativo)			

2.- OPCIÓN (marcar lo que proceda)

PRIMER RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PREVIOS. Aportar certificados en modelo **ANEXO I**.

NUEVO RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PREVIOS, PARA AÑADIR A LOS RECONOCIDOS ANTERIORMENTE.

Deben aportarse las Resoluciones administrativas de reconocimiento de servicios previos a efectos de trienios, con la finalidad de comprobar fehacientemente que los períodos que pretende añadir no fueron presentados y computados en su día. La falta de presentación de dicha documentación dará lugar al desistimiento de su solicitud, previa advertencia en tal sentido.

Se realizará un nuevo cómputo de trienios con base en todos los servicios previos acreditados, previa acumulación por orden cronológico, con los efectos que ello conlleve (art. 2 del RD 1181/1989, de 29 de septiembre).

3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A ESTA SOLICITUD

--

SOLICITO el reconocimiento, a efectos de trienios, de los servicios prestados en la Administración que se indican en el apartado 3, acreditados con la oportuna documentación que se adjunta a la presente.

FECHA:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
Avda. de Huelva, 8 – 06005 BADAJOZ