

ANNEX 2

Declaració de manteniment dels requisits per a la percepció del complement per dedicació exclusiva del personal sanitari facultatiu.

DADES PERSONALS

Cognoms		Nom	
DNI	Adreça		
Localitat	Província	Codi Postal	Telèfon

DADES PROFESSIONALS

Especialitat
Centre de Treball
Ambit d'Atenció Primària/Hospitalari

DECLARO:

1. Que mitjançant resolució del /de la.....
....., de data..... se'm va concedir, amb d'efectes del dia....., el complement per dedicació exclusiva, establert al punt 9.11 del II Acord de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat sobre les condicions de treball del personal estatutari de l'Institut Català de la Salut.
2. Que, en compliment del que estableix el punt 8 de la instrucció núm 6/2006, sobre el complement per dedicació exclusiva del personal facultatiu de l'Institut Català de la Salut, presento aquesta declaració, amb caràcter de declaració jurada, i sota la meva responsabilitat, per la qual manifesto que segueixo complint amb els requisits necessaris per a seguir percebent aquest complement.

Localitat, de/d'.....de 200...

Signatura

Sr. / Sra. Director/a gerent de l'hospital / Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària.....

.....