GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanidad

Departamento de Salud Elche Hospital General
Camino de la Almazara 11 · 03203 Elche
966 616 900
https://elche.san.gva.es/es/

COMUNICACIÓN DE RENUNCIA O CESE

(Esta documentación deberá presentarse en el Servicio de Personal y Nóminas del Departamento de Salud de Elche con una antelación mínima de 15 días)

1. DATOS PERSONALES:

DNI/NIE:	**NOMBRE Y APELLIDOS:**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TELÉFONO MÓVIL:**

2. DATOS LABORALES:

CATEGORÍA PROFESIONAL:	**CENTRO DE TRABAJO:**
SERVICIO:	

Manifiesto que (exponer brevemente el motivo de la renuncia o cese al nombramiento)

por lo que tengo previsto ☒ renunciar (temporales) / ☐ cesar (fijos) al nombramiento que tengo formalizado en el Departamento de Salud de Elche al finalizar la jornada laboral del próximo día _____ **.**

En Elche/Elx, a de de .

Fdo.:
(nombre y apellidos)