



Fecha de recepción en el Departamento de RR.HH:

Recibí la documentación:

Fecha: _____

Fdo.: _____

OFICINA DE ATENCIÓN AL PROFESIONAL

*HOSPITAL LA FUENFRÍA
Pabellón Docente*

Horario:

De lunes a viernes:

08:30 a 10:00 horas

13:30 a 15:00 horas

Teléfonos:

918 562 714

918 561 949

Extensiones internas:

2660-2661-2662-2663-2664

Fecha: _____

De: _____

(Apellidos y nombre, categoría y Unidad Funcional)

A: RECURSOS HUMANOS

D./D^a _____

D.N.I.: _____

CATEGORÍA O PUESTO: _____

UNIDAD: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

Si desea que la documentación que va a solicitar se le remita por correo rellene los siguientes datos.

Tipo de vía pública (calle, plaza, camino, etc.): _____

Nombre vía pública: _____

Nº: ____ Portal: __Esc: ____ Piso: ____ Puerta: _

Código Postal: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

SOLICITA

CERTIFICADOS:

- Servicios Prestados
- De horario y turno
- De Empresa para la Oficina de Empleo
- De haberes
- De Ayuda Económica
- De Servicios Previos (Anexo I)
- Otros: _____

RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN:

Se me facilite modelo para solicitar:

- Excedencia voluntaria, por cuidado de familiar, Servicios Especiales, por Servicios bajo otro régimen jurídico, por prestar servicios en el sector público
- Reducción de Jornada.
- Ayuda de Guardería.
- Plus Casado y/o Ayuda de hijos.
- Acceso a participar en la convocatoria (especificar cuál):

de fecha _____
- Anticipo extraordinario.

SERVICIO DE AGENDA:

Concertar una cita para un tema puntual con la persona concreta que pueda resolverlo en el Departamento.

Detallar cuál es el motivo de la cita que solicita: _____

COPIA COMPULSADA DE DOCUMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE PERSONAL (especificar qué documento solicita):

I.R.P.F.:

- Cambio de la situación personal o familiar (Modelo 104).
- Subida de porcentaje de I.R.P.F. a ____%, a partir de la nómina de _____.
- Revisión del porcentaje de I.R.P.F. aplicado en nómina.

VARIACIÓN DE DATOS:

- Domiciliación bancaria:
- Cambio de domicilio:

Banco	Agencia	D. C	Nº CTA.

Tipo de vía pública (calle, plaza, camino, etc.): _____

Nombre vía pública: _____

Nº: ____ Portal: __Esc: ____ Piso: ____ Puerta: _____

Código Postal: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

- Otras variaciones: _____

NÓMINA:

- Revisión y aclaración de la nómina correspondiente al mes de _____ (Si le es posible, detalle qué aspecto o concepto de la nómina quiere que se le revise):

Versión: 03/02/17 10/06/19	Es propiedad de Hospital La Fuenfria Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa de la Dirección del Hospital.
----------------------------------	--