

SOLICITUD DE CERTIFICADO

(enviar a cap.hleo@saludcastillayleon.es)

APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA	email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI	Teléfono de contacto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Bolsa de Empleo/OPE

Prog. Centros Abiertos/ Madrugadores

Reconocimiento-Trienios Anexo I

Elección de Centro/Guardería

I.N.S.S

Otros (indique motivo y centro de presentación del certificado)

Observaciones:

NOTAS:

- El certificado le será remitido al email enviado con su solicitud, dentro de un plazo aproximado de 6 días.
- **NO** deberá solicitar certificado en los casos siguientes (se realizan de oficio): Carrera Profesional y Promoción Interna solicitados en el Hospital de León así como para traslados dentro del SACYL.
- Revise su capeta de correo no deseado

Reset