



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



Hospital Regional
Universitario
de Málaga

**ALEGACIONES AL LISTADO PROVISIONAL DEL PROCESO DE MOVILIDAD INTERNA VOLUNTARIA
DEL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MÁLAGA**

Apellidos y Nombre:	
Con DNI:	
Categoría:	
Teléfono:	

EXPONGO:

Plazo alegaciones: del 2 al 16 de septiembre de 2021

Málaga a ____ de _____ de 20__

Fdo:_____

A/AT: DIRECCIÓN GERENCIA HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA