



**Región de Murcia**  
 Consejería de Sanidad  
 y Consumo

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente



Servicio de Selección

Dirección General de Recursos Humanos  
 C/ Madre Paula Gil Cano, 3 – 3009 Murcia

SOLICITUD PARA \_\_\_\_\_  
 (Reseñar el trámite que se desee hacer. Ver Nota 1)

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	TELÉFONO.

DOMICILIO: Calle, número, piso	C. POST.	LOCALIDAD - PROVINCIA

Representante legal, en su caso	D.N.I.

SOLICITA: (Exponer brevemente la petición)

---

---

---

---

---

---

---

---

Para lo que presenta la siguiente documentación:

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

DIRIGIDO A SERVICIO MURCIANO DE SALUD  
 DIRECCIÓN GRAL/ ORG.A./ ENTE P. \_\_\_\_\_

**Nota 1**

Ejemplos: Bolsa de Trabajo  
 Concurso de traslados  
 Carrera profesional  
 Etc.

\*Puede continuar escribiendo en el reverso o en otros folios adjuntos.