



SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD PARA ACTIVIDADES	PÚBLICAS	PRIVADAS
---	-----------------	-----------------

1.- Datos del solicitante

APellidos y Nombre:	DNI:
Categoría/Opción:	

2.- Datos relativos a la solicitud

A. ACTIVIDAD PÚBLICA PRINCIPAL O ACTIVIDAD POR LA QUE SE OPTA	
Centro / Gerencia:	
Relación Jurídica:	Jornada Laboral:
Puesto de Trabajo:	Grupo/Nivel:

B. ACTIVIDAD PÚBLICA SECUNDARIA QUE SE PRETENDE COMPATIBILIZAR	
Organismo:	Centro de Trabajo:
Grupo Pertenencia	Denominación Puesto de Trabajo:
A1 A2 C1 C2 E	
Horario del Puesto de Trabajo:	

C. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD PRIVADA PARA LA QUE SOLICITA COMPATIBILIDAD			
Empresa :	Centro de Trabajo:		
Domicilio	Localidad:		
Tipo de actividad:	Cuenta Propia		Horario:
	Cuenta Ajena		

DECLARA: que la actividad que pretende desarrollar no limita ni interfiere su imparcialidad y dedicación en el puesto público que desempeña y que, en caso de coincidencia horaria entre ambas actividades, prevalecerá la de la actividad pública principal.

¿Tiene alguna otra actividad o puesto de trabajo en el sector privado o público? SI NO

En caso afirmativo, describir _____

Murcia, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____



SOLICITUD DE REDUCCIÓN DEL COMPLEMENTO ESPECÍFICO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

D./D.^a _____, DNI _____

Categoría profesional: _____

Centro donde presta servicios: _____

MANIFIESTO:

1. Que siendo personal estatutario facultativo sanitario y estando interesado/a en prestar servicios en régimen de compatibilidad en el Sistema Sanitario Público y en virtud de la Disposición Adicional Tercera de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud,
2. Que siendo personal sanitario no facultativo/personal no sanitario, y estando interesado/a en prestar servicios en régimen de compatibilidad en el Sistema Sanitario Público, y en virtud de la Instrucción de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, de fecha 21 de octubre de 2021, sobre la tramitación de las solicitudes instando la reducción del importe correspondiente del complemento específico, y con el fin de poder obtener el reconocimiento de compatibilidad,

SOLICITO:

La reducción del importe del complemento específico correspondiente al puesto de trabajo que ocupo, para adecuarlo al porcentaje a que se refiere el artículo 16.4 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre de incompatibilidades, a fin de que su cuantía no supere el 30 por 100 de mi retribución básica.

Murcia, a ____ de _____ de _____

(Firma)