



## ANEXO I

### SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN DE LOS NIVELES DE CARRERA Y PROMOCIÓN PROFESIONAL RECONOCIDOS EN UN SERVICIO DE SALUD DISTINTO AL SERVICIO MURCIANO DE SALUD, O EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA COMUNIDAD AUTONÓMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

#### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
N.I.F.	LETRA	TELÉFONO/S
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

#### DATOS PROFESIONALES

CATEGORÍA PROFESIONAL	
CENTRO DONDE ACTUALMENTE PRESTA SERVICIOS	

#### NIVEL QUE SOLICITA HOMOLOGAR (marcar con una X)

- NIVEL I**
- NIVEL II**
- NIVEL III**
- NIVEL IV**

#### DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL NIVEL SOLICITADO

<b>RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO</b>
<b>CERTIFICADO ACTUALIZADO DEL RECONOCIMIENTO</b>
<b>OTRA</b> (indíquela):

El abajo firmante solicita la homologación del nivel de carrera/promoción profesional indicado y **DECLARA** que reúne las condiciones exigidas para ello, así como que son ciertos los datos consignados.

Murcia , de

(Firma del interesado/a)

**.- DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

**.- C/ CENTRAL, 7 -EDIF. "HABITAMIA I" - 30100 ESPINARDO (MURCIA).**