



ANTICIPO DE RETRIBUCIONES

SOLICITUD	DATOS DEL SOLICITANTE	
	Nombre y Apellidos:	
	D.N.I.:	Destinado en: COMPLEJO HOSP. DE TOLEDO
	Teléfono:	Categoría:
	Puesto:	
	DATOS DEL ANTICIPO	
	Importe:	Plazo de amortización:
	<p>El solicitante se compromete a respetar la retención de haberes para la amortización del anticipo y a su devolución en caso de pasar a una situación administrativa diferente a la del servicio activo o en supuesto de causar baja en el SESCAM por traslado o comisión de servicios a otro Servicio de Salud.</p> <p style="text-align: center;">En Toledo, a de de 2005</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>	

SR. DIRECTOR GERENTE DE ATENCION ESPECIALIZADA