

**Anexo 3****Modelo de IMPRESO DE SOLICITUD**

**FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA FUNCIÓN DE COLABORADOR EN LA FORMACION DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD EN CENTROS Y UNIDADES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN Y SU RENOVACIÓN**

D/Dña

D.N.I. o N.I.E.

DOMICILIO en calle/plaza

nº

Código Postal

Provincia

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Centro de trabajo:

Teléfono de contacto:

Centro/Unidad Docente a la que pertenece:

Fecha desde la que desempeña la función de colaborador/a:

**EXPONE:** Que desarrollo mi función de colaborador/a en la formación de especialistas en ciencias de la salud en la especialidad de:

**SOLICITA:** Que me sea reconocida la función de colaborador/a en la especialidad de:  
y me sean aplicados los efectos que se deriven de la misma

(Firma)

Zaragoza, a

de

de

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA