

Anexo III

MODELO DE ACUERDO INDIVIDUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE COMPLEMENTO ESPECÍFICO MODALIDAD "B" EN EL ÁMBITO DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

En, a... de.....de 200..

De una parte,,
D.N.I. nº, Categoría, Puesto de trabajo,
.....Centro de trabajo.....Localidad.....

De otra parte, el/la Gerente del Sector,

convienen en suscribir el presente Acuerdo para la acreditación del Complemento Especifico Modalidad "B", con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA.- El profesional que suscribe solicita la acreditación del indicado Complemento y se compromete a llevar a cabo la actividad adicional programada (*) que se refleja a continuación:

.....
.....

(*) Indíquese nº mínimo de procesos a intervenir, nº de consultas, nº de pruebas complementarias ,etc.

SEGUNDA.- En todo caso, los ocupantes de puestos de trabajo que tengan asignado el Complemento específico modalidad "B", deberán cumplir una jornada de dedicación especial de duración superior a la prevista como jornada ordinaria, que supone la realización adicional voluntaria de una tarde/mañana a la semana, de 150 horas/año.

TERCERA.- La duración del compromiso se extenderá hasta el final del año natural, prorrogándose tácitamente por periodos anuales, salvo que se notifique al interesado, de forma motivada, con una antelación de un mes, o que, con el mismo plazo, el interesado manifieste por escrito su voluntad de renunciar a la percepción del Complemento.

CUARTA.-En todo caso, la suscripción del presente Acuerdo y sus prórrogas, conllevan, como condición inexcusable, el cumplimiento por la unidad correspondiente de unos niveles adecuados de actividad en jornada ordinaria, atendiendo a los indicadores habitualmente utilizados.

QUINTA.- De conformidad con lo establecido en el artículo 16 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, en tanto se mantenga vigente el presente Acuerdo el régimen de prestación de servicios será de exclusiva dedicación al puesto y, en consecuencia, el interesado manifiesta que no desempeña ninguna otra actividad de carácter público o privado que resulte incompatible.

EL PROFESIONAL

EL GERENTE DEL SECTOR

Fdo:

Fdo: