

D./Dña. _____ ,

Con D.N.I. _____, presta servicios en la
categoría profesional _____

en el Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz, _____

_____, (Hospital de Jerez/ Distrito),

**RENUNCIA A LA PERCEPCION DEL COMPLEMENTO ESPECIFICO DE
DECICACIÓN EXCLUSIVA, con EFECTIVIDAD desde _____ HASTA _____**

Jerez de la Frontera, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____