D. , con DNI:

Médico de de y con domicilio a

efecto de notificaciones en Calle CP:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Población: Teléfono:

EXPONE:

Con fecha……………… **DESISTO** de la participación en el procedimiento de Movilidad Voluntaria en la Categoría de Médicos de Atención Primaria convocada por Resolución de (Convocatoria y BOA de la Convocatoria)

En Zaragoza, a de de 2.019

Fdo:

AL DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PLAZA DE LA CONVIVENCIA, 2

50.017 ZARAGOZA