



---

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES

---

D/Dña

DNI

**EXPONGO:** que tras superar un proceso de selección, pertenezco al listado de personal eventual de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir. En la siguiente/s categorías:

Administrativo/a	T.E. en Anatomía Patológica
Auxiliar de Enfermería	T.E. en Laboratorio
Celador/a	T.E. en Radiodiagnóstico
Enfermería	T.S. en Documentación Sanitaria
Fisioterapia	Matrón/a
Facultativo/a Especialista	
Otra	

**SOLICITO:** que a partir de la fecha \_\_\_\_\_ se modifiquen mis siguientes datos personales (rellenar solo los datos que se quieran actualizar):

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

CP:

TF 1:

TF 2:

CORREO ELECTRÓNICO:

La persona abajo firmante **SOLICITA** sea admitida la presente solicitud de Modificación de Datos Personales y **DECLARA** que conoce y está informada de las condiciones establecidas en el Procedimiento de gestión de los listados de personal eventual de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y que asume las acciones que podrían derivarse por el incumplimiento de las mismas.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo: