



Para supervisar la estancia se propone a:

Nombre y apellidos	Categoría/opción

En , a de de (3)

El/La Coordinador/a de Formación Continuada

Fdo.:

- (1) Servicio/unidad en el que se solicita la estancia formativa.
- (2) Gerencia del Servicio Murciano de Salud o, en su caso, órgano directivo (órganos centrales,...) al que se encuentra adscrito el servicio/unidad en el que se solicita la estancia.
- (3) Los campos de lugar y fecha no deben cumplimentarse en caso de firma electrónica.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Unidad de Desarrollo Profesional. C/ Pinares, 6-4ª Planta. 30001 MURCIA