



ANEXO IV

SOLICITUD DE RENUNCIA O SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA ESTANCIA FORMATIVA AUTORIZADA

DATOS PERSONALES			
NIF/NIE			
APELLIDOS			
NOMBRE			
Dirección de correo electrónico			
Teléfonos fijos			Teléfonos móviles

EXPONE

1º) Que tiene autorizada la realización de la siguiente estancia formativa:

Fecha de la resolución de autorización			
Centro de destino			
Fecha de inicio		Fecha de fin	

2º) Que en relación con la citada estancia, se dan las siguientes circunstancias (1):

--



Que a la vista de ello,

RENUNCIA a la estancia formativa

Solicita la SUSPENSIÓN temporal del período de estancia formativa inicialmente autorizado y su continuación en la fecha que determine la Unidad de Desarrollo Profesional en atención a las circunstancias descritas.

En , a de de (2)

Fdo.:

- (1) Se deben explicar los motivos de la renuncia o de suspensión. En este último caso, se deberá indicar, si es posible, la fecha aproximada en la que solicita continuar con la estancia.
- (2) Los campos de lugar y fecha no se deben cumplimentar en caso de firma electrónica

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

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa de que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es responsable el Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la gestión de la formación continuada del personal del Servicio Murciano de Salud. La legitimación se basa en el consentimiento del interesado y en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Los destinatarios podrán ser otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento se realizará enviando una solicitud por escrito acompañada de fotocopia de su DNI, dirigida a la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, C/ CENTRAL, N°7, EDIFICIO HABITAMIA - 30100 ESPINARDO (MURCIA). Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos