

SOLICITUD EXENCIÓN DE REALIZAR ATENCIÓN CONTINUADA

DEBERÁ DE PRESENTARSE EN EL SERVICIO DE PERSONAL DEL DEPARTAMENTO

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------|--|
| NIF | | TELÉFONO | |
| APELLIDOS y NOMBRE | | | |
| CATEGORÍA | | ESPECIALIDAD | |
| CENTRO DE TRABAJO | | | |

De conformidad con lo establecido en Decreto 72/2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano, por el que se regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria. Artículo 6 “Exención de realizar atención continuada por razón de edad” y artículo 7 “otros supuestos de exención de atención continuada”.

SOLICITO:

La **EXENCIÓN DE TURNOS DE ATENCIÓN CONTINUADA** a partir del próximo mes de: _____

(Especificar mes / año)

Por embarazo *(deberá de aportarse informe médico o cartilla embarazo)*

Período de lactancia *(deberá de aportarse libro de familia)*

Por motivos de salud *(deberá solicitarse revisión previa de la unidad de prevención de riesgos laborales)*

Por edad: especificar fecha nacimiento: _____

En Orihuela a, _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos)

GERENTE DE DEPARTAMENTO DE SALUD DE ORIHUELA