

**DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT**

Jo, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . amb DNI/NIE, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

treballador/a del Consorci Sanitari Integral.

**Exposo**

1. Que m’he inscrit a les convocatòries de mobilitat interna 2024 de les taxes de reposició 2020 i 2021, corresponent a les places adjudicades i/o desertes en la mobilitat interna 2023.
2. Manifesto la impossibilitat d’assistir a la convocatòria presencial d’adjudicació de places.

Per aquest motiu, **designo com a representant de la meva persona en l’exercici del dret per la tria i acceptació de la plaça o la renúncia a triar-ne plaça, si és el cas,**

al Sr. /a la Sra. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . amb DNI/NIE, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Perquè consti als efectes oportuns, signo aquest document

**Signatura de la persona sol·licitant Signatura de la persona representant**

***\*S’adjunta còpia del DNI/NIE de la persona* sol·licitant *i de la persona representant.***

**L’Hospitalet de Llobregat, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024**