

**Anejo**

**Solicitud de traslado por razones de discapacidad sobrevenida o de agravación del grado de discapacidad de los funcionarios y funcionarias de carrera, así como por motivos de salud y posibilidades de rehabilitación de los funcionarios y funcionarias de carrera, sus cónyuges o los hijos e hijas a su cargo**

**DATOS PERSONALES:**

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:
D.N.I.:	Cuerpo o Escala de pertenencia:	N.R.P.:
Domicilio a efectos de notificaciones (calle, número, portal, escalera, piso):		
C. Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:

**MOTIVO EN EL QUE SE BASA LA SOLICITUD:**

A.  **Discapacidad o agravación del grado de discapacidad de la persona solicitante, sobrevenida a la incorporación al puesto de trabajo que ocupa.**

B.  **Motivos de salud:**

C.  **Posibilidades de rehabilitación:**

De la persona solicitante

De la persona solicitante

Del cónyuge de la persona solicitante.

Del cónyuge de la persona solicitante

De los hijos o hijas a cargo de la persona solicitante

De los hijos o hijas a cargo de la persona solicitante

**SOLICITO:** El traslado por motivos de salud, para lo que apporto toda la documentación justificativa de los motivos de mi solicitud en sobre cerrado y con la anotación de que contiene **datos de carácter confidencial**, que habrán de ser revisados únicamente por los gestores de personal que tengan que actuar en relación con la tramitación de este procedimiento, y acepto el puesto que me sea adjudicado en los términos establecidos en la Resolución de la Secretaría de Estado de Función Pública por la que se dictan las reglas aplicables para la concesión de traslados a los funcionarios y funcionarias de carrera de la administración general del estado por razones de discapacidad sobrevenida o de agravación del grado de discapacidad, así como por motivos de salud y posibilidades de rehabilitación de los funcionarios y funcionarias de carrera, sus cónyuges o los hijos e hijas a su cargo.

**DECLARO** no estar afectado/a por una incapacidad temporal. (Marcar solo en el caso de que la solicitud se base en daños derivados del trabajo o de las condiciones de trabajo).

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Fdo:

DIRIGIDO A: (Indicar la dirección completa de la Unidad que ostente las competencias en materia de personal del Ministerio, Delegación del Gobierno u Organismo en el que se encuentre destinado)

Unidad:

Ministerio/Organismo/Delegación del Gobierno:

Calle/Plaza:

Localidad: ..... CP: .....