

**SOLICITUD DEL COMPLEMENTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA CIUDADANÍA**

**DATOS PERSONALES:**

Apellidos y Nombre:

DNI:  Domicilio:

Localidad:

Municipio:  Cod. Postal:

**DATOS PROFESIONALES:**

Categoría profesional:

Grupo retributivo: <sup>(1)</sup>  Grupo III  Grupo IV  Grupo V

Unidad o Centro Directivo:

Consejería/Organismo Autónomo:

Se encuentra en situación de movilidad funcional en su Consejería / Org. Autónomo:  SI  NO

**S O L I C I T A :**

Que conforme a lo regulado por el artículo 46 B) apartado 4 del III Convenio Colectivo de Personal Laboral de Comunidad Autónoma de Canarias, se proceda a realizar los trámites oportunos para el reconocimiento del complemento de atención especializada a la ciudadanía.

En \_\_\_\_\_ a, de \_\_\_\_\_ de 201

( firma )