

# SOLICITUD DE RENUNCIA A PERMISO SIN SUELDO

D. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_  
domicilio en \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
C/.

\_\_\_\_\_ con la categoría de \_\_\_\_\_ y adscrito al  
Servicio de \_\_\_\_\_.

## EXPONE:

Que habiendo solicitado permiso sin sueldo, éste fue estimado por resolución de la dirección gerencia de este centro de fecha \_\_\_\_\_, para el periodo siguiente:

**Fecha de Inicio** \_\_\_\_\_ **Fecha Finalización** \_\_\_\_\_

## SOLICITA:

**Que previos los trámites oportunos, sea aceptada la RENUNCIA al permiso sin sueldo:**

**La totalidad del periodo**

**Desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_**

En Albacete, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE:** Las solicitudes de renuncia a los permisos sin sueldo, una vez concedidos habrán de efectuarse con 7 días hábiles para los que no superen un mes y 15 días hábiles para los que lo superen.

**SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.**