

ANEXO II  
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD  
SOLICITUD DE PERCEPCIÓN DEL IMPORTE DEL COMPLEMENTO ESPECÍFICO

**1. SOLICITANTE**

Primer Apellido			
Segundo Apellido			
Nombre			
DNI		Correo Electrónico	

**2. ACTIVIDAD PÚBLICA PRINCIPAL EN EL SECTOR PÚBLICO AUTONÓMICO**

Área de Salud			
Centro de trabajo			
Unidad Administrativa o Servicio			
Localidad		Provincia	Badajoz
Denominación del puesto de trabajo			
Naturaleza jurídica de la relación de empleo			
<input type="radio"/> Estatutario fijo <input type="radio"/> Estatutario interino <input type="radio"/> Funcionario <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Eventual			

**3. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

Dirección			
Localidad		Código Postal	
Provincia	Badajoz		
Teléfono			

De conformidad con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley 7/2013, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para 2014, habiendo obtenido en su momento la reducción del importe del complemento específico correspondiente al puesto de trabajo ocupado en el sector público autonómico con el fin de adecuarlo al porcentaje a que se refiere el artículo 16.4 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, y tras cesar en el ejercicio de la actividad privada de amparado por el reconocimiento de compatibilidad otorgado por Resolución del Secretario General del Servicio Extremeño de Salud, de

**SOLICITA** la percepción de nuevo del importe íntegro del complemento específico.

A estos efectos, **DECLARA** bajo su responsabilidad haber cesado en la actividad privada cuyo desempeño se encontraba amparado por el reconocimiento de compatibilidad arriba aludido.

En \_\_\_\_\_ a de \_\_\_\_\_ de 2014

El interesado/a (firma)

Fdo.:.....

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Administración Pública le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso/ formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y el tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación del expediente solicitado.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito cursado a la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud.

SR. GERENTE DE LAS ÁREAS DE SALUD DE BADAJOZ Y LLERENA-ZAFRA