

**DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL .....**  
**CONSEJERÍA DE SANIDAD DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

D/Dña.....con categoría de.....  
....., DNI nº....., Domicilio en C/.....  
.....nº....., piso.....  
CP....., Provincia....., Tlf..... e-mail .....

Comparezco ante esta Gerencia y como mejor proceda en Derecho, **DIGO:**

**Primero:** Que trabajo como personal **estatutario**, categoría....., desarrollando mi actividad en el Servicio .....del Centro de Trabajo....., en turno rotatorio.

**Segundo:** Que no se me está abonando cantidad alguna por el concepto de complemento de continuidad asistencial, dentro del Complemento de Atención Continuada.

**Tercero:** Que en el Servicio donde desarrollo mi actividad existe una necesaria continuidad asistencial, teniendo que prolongar mi horario de trabajo para dar el parte de atención continuada al turno entrante.

**Cuarto:** Que el Acuerdo de 22 de noviembre de 2005 de la Mesa Sectorial del Personal de las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid sobre diversas actuaciones contenidas en el Acuerdo de 10 de diciembre de 2004 de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo de la Jornada, ratificado mediante Acuerdo de 11 de Mayo de 2006, del Consejo de Gobierno, publicado el 30 de Mayo de 2006, establece que **se acuerda la creación de una nueva modalidad dentro del Complemento de Atención continuada a través del cual se retribuya la continuidad asistencial que necesariamente realiza el personal dependiente de la Dirección de Enfermería y celadores del grupo E, que presta servicios en las Unidades de Hospitalización, Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación Posquirúrgicas.**

**Quinto:** Que la ausencia de abono de las citadas cantidades supone un agravio comparativo para otros profesionales como yo, que prestando servicio en el turno rotatorio, en realidad realizamos nuestra actividad prolongando el horario de trabajo más allá de nuestra jornada ordinaria dentro de la necesaria continuidad asistencial.

Por todo lo expuesto,

**SOLICITO:**

Que me sea reconocido, el derecho a percibir el complemento de continuidad asistencial dentro del complemento de atención continuada y en consecuencia se me abone a partir de este momento.

Fdo.....

En..... a ..... de .....2008.