**SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN**

***(Máximo dos páginas)***

**Nombre y apellidos:**

**Correo electrónico:**

**Cargo asistencial y centro(s) donde realiza la actividad (EAP, CEP, Hospital, etc.):**

**Horario y turno labora**l:

**Actividad asistencia**l: Se debe indicar el nº de jornadas completas semanales/mensuales dedicadas a consulta, actividad quirúrgica, exploraciones complementarias o actividad en servicios centrales, y descripción de estas actividades (ej. asistencia a pacientes ingresados, realización de ecografías etc). En caso de que sea rotatoria, describir cada período. Por último señalar la realización de guardias presenciales (número mensual y duración).

**Dedicación horaria a otras actividades:** (ej. profesor vinculado ciencias de la salud, actividades de gestión, o investigadora clínica, ensayos, o experimental) si está establecida dentro del horario laboral

Madrid, a \_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202\_

Fdo. ( Nombre y apellidos)