

Anexo I

***** Requisitos *****

Código	Cl.	Denominación	N. P.	P. A.	Gr.	Cuerpo-Es.	Ni.	Compl. Específ.	F. Tit.Acad.Específica	Otros Requisitos	Área Func.	T. J.	Localidad	Centro de Trabajo
--------	-----	--------------	-------	-------	-----	------------	-----	-----------------	------------------------	------------------	------------	-------	-----------	-------------------

Servicio de Salud de C.M.

Puesto/s que se modifica/n:

Provincia: Toledo
D.G. de Asistencia Sanitaria

05940		J.Neg.Administrativo	1	0		C1/C2	17	9.536,52	C		A008	JO	Talavera de la Reina	Unidad Salud Mental
-------	--	----------------------	---	---	--	-------	----	----------	---	--	------	----	----------------------	---------------------

Puesto/s modificado/s:

Servicio de Salud de C.M.
Servicios Centrales
Secretaria General

05940		J.Neg.Administrativo	1	0		C1/C2	17	9.536,52	C		A008	JO	Toledo	Secret. Gral. Sescam
-------	--	----------------------	---	---	--	-------	----	----------	---	--	------	----	--------	----------------------