A/A: COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE CARRERA PROFESIONAL DEL PERSONAL FACULTATIVO DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA CONSTITUIDA POR RESOLUCIÓN N.º 1406/2025 DE 11 DE ABRIL DEL DIRECTOR DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

Por medio del presente escrito, yo ………………………., con DNI ……………………. Facultativo en el ámbito asistencial de Atención Especializada, hago constar que mi tiempo de servicios prestados como facultativo especialista -considerando computable también el tiempo de formación sanitaria especializada **conforme a la Sentencia 851/2025 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo de 26 de junio-,** comporta un total de ….. años de tiempo de servicios prestados.

Téngase por presentadas estas alegaciones a los efectos de que me sea reconocido el nivel ….. de carrera profesional por el Servicio Canario de la Salud.

P.D.: Se adjuntan los documentos que acreditan el tiempo de servicios prestados durante el periodo de mi formación sanitaria especializada.