

**A LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL  
ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA E O  
SALNÉS**

(SERVICIO GALLEGO DE SALUD)

....., con DNI  
....., en calidad de enfermera estatutaria, con destino en  
..... me presento y digo:

Que por la presente, manifiesto mi indisponibilidad a asumir jornada superior a la establecida en el Acuerdo publicado por la Orden de 29 de junio de 2023 para el presente año 2024, toda vez no consta el carácter paritario de la *“Instrucción sobre aplicación da redución de xornada acordada para o ano 2024”* ni, por lo tanto, su observancia en contradicción con la orden de carácter superior y aún menos, sin que exista constancia anticipada de la indisponibilidad de personal al que se refiere la medida 1ª, en su apartado a), por lo que tampoco le interesa compensación económica alguna de jornada que hubiera de realizarse por encima de lo ratios establecidos en la Norma VI del Acuerdo publicada en la Orden antedicha.

Por lo que **SOLICITO** una programación funcional ajustada a la reducción prevista en la Orden de 29 de junio de 2023 de la Consellería de Sanidade.

Colegio Oficial de  
Enfermería de Pontevedra

En.....