

ANEXO V

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN CONCURSO ACOPLAMIENTO PREVIO Y POST-
 TRASLADO 2024 DE MEDICO DE FAMILIA ZBS GUADALHORCE Y DISPOSITIVO
 APOYO GUADALHORCE**

DISTRITO SANITARIO MÁLAGA- GUADALHORCE

1	DATOS DEL SOLICITANTE			
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI O PASAPORTE
	FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO
2	DATOS ADMINISTRATIVOS			
	Resolución de convocatoria de fecha de de 20....			
	CATEGORÍA en la que participa: MEDICO DE FAMILIA Participa en (1) (señalar con una X lo que proceda)			
	ACOPLAMIENTO PREVIO	<input type="checkbox"/>		
	ACOPLAMIENTO POST CONCURSO DE TRASLADOS 2024	<input type="checkbox"/>		
	Puesto o Unidad de Trabajo al que está adscrito el participante actualmente _____			
3	CENTRO/PUESTO/UNIDAD DE TRABAJO QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA (Anexo III)			
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
4	LUGAR, FECHA Y FIRMA			
	El abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria.			
	En..... : a dede 20...			
	Fdo.:			

A/A DIRECTOR GERENTE DISTRITO SANITARIO MALAGA-GUADALHORCE

Distritos Sanitarios Málaga-Valle de Guadalhorce

**C/ Sevilla, 23-4º 29009 Málaga
 Teléf.: 951-031300 Fax: 951-031305**