



**ANEXO V**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN CONCURSO ACOPLAMIENTO PREVIO Y POST  
TRASLADO ENFERMERO/A**

**DISTRITO SANITARIO MÁLAGA- GUADALHORCE**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI O PASAPORTE
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO
<b>2</b>	<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>		
Resolución de convocatoria de fecha ..... de ..... de 20....			
CATEGORÍA en la que participa: ENFERMERO/A			
Participa en (1) (señalar con una X lo que proceda)			
ACOPLAMIENTO PREVIO		<input type="checkbox"/>	
ACOPLAMIENTO POST CONCURSO DE TRASLADOS 2023		<input type="checkbox"/>	
Puesto o Unidad de Trabajo al que está adscrito el participante actualmente _____			
<b>4</b>	<b>LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>		
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 ..... de ..... de 20...			
Fdo.: .....			

**A/A DIRECTOR GERENTE DISTRITO SANITARIO MALAGA-GUADALHORCE**