



CONCURSO DE ACOPLAMIENTO - SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

DISTRITO SANITARIO

CATEGORÍA

Resolución de convocatoria de fecha de de 200....

| | | | |
|---|--|---------------------|-------------------|
| 1 DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | DNI O PASAPORTE |
| FECHA DE NACIMIENTO | DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO | TELÉFONO | CÓDIGO POSTAL |
| MUNICIPIO | PROVINCIA | | |
| 2 DATOS ADMINISTRATIVOS | | | |
| 2.1 Zona Básica de Salud o Dispositivo de Apoyo al que esta adscrita la plaza que desempeña: | | | |
| 2.2 Centro, Puesto o Unidad de Trabajo al que está adscrito el concursante (consignar el código correspondiente de los indicados en el Anexo III) | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | FECHA TOMA POSESIÓN | DÍA MES AÑO |

| | | | | | | | |
|--|--|----|--|----|--|----|--|
| 3 CENTRO/PUESTO/UNIDAD DE TRABAJO QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA | | | | | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| 5 | | 6 | | 7 | | 8 | |
| 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
| 13 | | 14 | | 15 | | 16 | |
| 17 | | 18 | | 19 | | 20 | |
| 21 | | 22 | | 23 | | 24 | |
| 25 | | 26 | | 27 | | 28 | |
| 29 | | 30 | | 31 | | 32 | |
| 33 | | 34 | | 35 | | 36 | |
| 37 | | 38 | | 39 | | 40 | |
| 41 | | 42 | | 43 | | 44 | |
| 45 | | 46 | | 47 | | 48 | |
| 49 | | 50 | | 51 | | 52 | |
| 53 | | 54 | | 55 | | 56 | |
| 57 | | 58 | | 59 | | 60 | |

| | |
|---|--|
| 4 LUGAR, FECHA Y FIRMA | |
| <p>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.</p> <p>En.....a de de 200...</p> <p>Fdo.:</p> | |

SR. DIRECTOR DEL DISTRITO SANITARIO.