

CONCURSO DE ACOPLAMIENTO - SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

DISTRITO SANITARIO

CATEGORÍA

Resolución de convocatoria de fecha de de 202....

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)				
		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	
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 202... Fdo.:	

SR. DIRECTOR DEL DISTRITO SANITARIO.