

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
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 dede 202... Fdo.:	

SR. DIRECTOR DEL DISTRITO SANITARIO.