

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.