

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.