



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)			
□□□□□		FECHA TOMA POSESIÓN	DÍA MES AÑO

CENTRO/PUESTO/UNIDAD DE TRABAJO QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA						
	2		3		4	
	6		7		8	
	10		11		12	
	14		15		16	
	18		19		20	
	22		23		24	
	26		27		28	
	30		31		32	
	34		35		36	
	38		39		40	
	42		43		44	
	46		47		48	
	50		51		52	
	54		55		56	
	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 200... Fdo.:

SR. DIRECTOR DEL DISTRITO SANITARIO.