

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

3 CENTRO/PUESTO/UNIDAD DE TRABAJO QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA					
1		2		3	
5		6		7	
9		10		11	
13		14		15	
17		18		19	
21		22		23	
25		26		27	
29		30		31	
33		34		35	
37		38		39	
41		42		43	
45		46		47	
49		50		51	
53		54		55	
57		58		59	

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.