



CONCURSO DE ACOPLAMIENTO - SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

DISTRITO SANITARIO

CATEGORÍA

AMBITO DE LA CONVOCATORIA: ZBS DISPOSITIVO DE APOYO

Resolución de convocatoria de fecha de de 201....

1 DATOS DEL SOLICITANTE				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
DNI O PASAPORTE		FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO			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				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			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
<p>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.</p> <p>En..... a de de 201...</p> <p>Fdo:</p>