



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	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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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>