

Convocatoria y Pruebas de Selección Bolsa de Médico	A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN	
	Nº Expediente	Nº Registro
	Modelo	Fecha:

1. DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y Apellidos			CIF / NIF
Dirección			
Código Postal	Municipio		Provincia
Teléfono	Móvil	Fax	Email
Grupo/Subgrupo	Escala	Subescala	Clase
A/A1	Administración Especial	Técnica	Superior
Denominación Médico			

2. DATOS DE NOTIFICACIÓN	
Persona a notificar:	Medio preferente de notificación
o Solicitante	o Notificación en Papel o Notificación Telemática

3. EXPONE
<p>PRIMERO. Que vista la convocatoria anunciada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia n.º _____, de fecha _____, en relación con la convocatoria para la constitución de una bolsa de médico mediante el sistema de concurso.</p> <p>SEGUNDO. Que reúne todas y cada una de las condiciones exigidas en las bases referidas a la fecha de expiración del plazo de presentación de la instancia.</p> <p>TERCERO. Que declara conocer y aceptar las bases generales de la</p>

convocatoria para la constitución de una bolsa de médico, mediante el sistema de concurso.

4. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

-Documentación acreditativa de los méritos alegados (la documentación que consta en los Anexos I y II). Esta documentación no es requisito por lo que no es subsanable.

-Curriculum vitae.

-Declaración jurada de no separación o inhabilitación.

-Fotocopia del DNI.

-Fotocopia de la titulación requerida, así como certificación de equivalencia, en su caso.

-Justificante de ingreso por importe de 50 Euros, correspondiente a la tasa por derechos de examen.

5. SOLICITA

Que se admita esta solicitud para las pruebas de selección de personal referenciada.

6. AVISO LEGAL

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de lo siguiente:

— Los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud serán incorporados y tratados de forma confidencial en un fichero propiedad de este Ayuntamiento.

— Los datos obtenidos en esta instancia podrán ser utilizados, salvaguardando su identidad, para la realización de estadísticas internas.

— Ud. tendrá la posibilidad de acceder en cualquier momento a los datos facilitados, así como de solicitar, en su caso, su rectificación, oposición o cancelación, dirigiendo una comunicación escrita, junto con la documentación acreditativa de su identidad, a este Ayuntamiento.



Las Torres de Cotillas
ayuntamiento

En _____, a _____ de _____ de 20__.

El solicitante,

Fdo.: _____