



ANEXO III

SOLICITUD DE PARTICIPACION EN PROCESO SELECTIVO PARA LA COBERTURA DE  
PUESTOS DE PERSONAL LABORAL TEMPORAL

DATOS PERSONALES

APELLIDO 1.....	APELLIDO 2.....
NOMBRE.....	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD.....
DIRECCION: c/av/pz.....	num..... piso..... Cod. Postal..... TELEFONO.....
LOCALIDAD.....	PROVINCIA..... PAIS.....
FECHA NACIMIENTO.....	LOCALIDAD NACIMIENTO..... PAIS NACIMIENTO.....
NACIONALIDAD.....	CORREO ELECTRONICO.....

PROCESO SELECTIVO

MINISTERIO:...	ORGANISMO:...
FECHA DE LA CONVOCATORIA:...	
CATEGORIA PUESTO CONVOCADO:...	
GRUPO PROFESIONAL:...	
NÚMERO DE EXPEDIENTE: .....	CÓDIGO PLAZA SOLICITADA: ...

TITULACION MINIMA EXIGIDA (se deberá poseer a la finalización del plazo de presentación de instancias)

--

MERITOS ALEGADOS

MERITOS	
PROFESIONALES:	(No Rellenar)

EXPERIENCIA EN PUESTOS DE LA MISMA O SUPERIOR CATEGORIA CON FUNCIONES Y TAREAS SIMILARES

DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESES Y DIAS)

EXPERIENCIA EN PUESTOS DE CATEGORIA INFERIOR CON FUNCIONES Y TAREAS SIMILARES

DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESES Y DIAS)

FORMATIVOS:

OTRAS TITULACIONES Y ESPECIALIDADES:

EXPEDIENTE ACADÉMICO:

CURSOS O SEMINARIOS:

BECAS:

PUBLICACIONES:

CONGRESOS:

PROCESOS SELECTIVOS SUPERADOS DE PERSONAL LABORAL FIJO:

GRUPO	CATEGORIA PROFESIONAL	DEPARTAMENTO U ORGANISMO	FECHA CONVOCATORIA	FECHA PUBLICACIÓN LISTA APROBADOS

PUNTUACIÓN TOTAL

Lugar, Fecha y Firma,

.....de.....de 20....

Autorizo a la comprobación de los datos de identificación personal en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (R.D. 522//2006, de 28 de abril, B.O.E. de 9 de mayo). Ley de protección de datos de carácter personal 15/1999.	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---------------------------------------

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III