



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.....núm..... piso.....Cód. 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:...	
CÓDIGO PLAZA SOLICITADA: ...	

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

--

MERITOS ALEGADOS

MERITOS			(No Rellenar)
PROFESIONALES:			
EXPERIENCIA LABORAL CON FUNCIONES Y TAREAS AFINES			
DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESES Y DIAS)	

FORMATIVOS:		
TITULACIÓN ACADÉMICA EXIGIDA		
MASTER EN LA TITULACIÓN ACADÉMICA		
CURSOS, SEMINARIOS, PONENCIAS EN CONGRESOS Y PRESENTACIÓN DE POSTERS:		
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS		
ESTANCIAS EN CENTROS EXTRANJEROS		
BECAS POSTITULACIÓN		

PUNTUACION TOTAL	
-------------------------	--



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD

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.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--------------------------------

Doy mi consentimiento para que consulte/n y/o verifique/n la/s titulación/es para este procedimiento.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--------------------------------

Con la firma del Anexo III (Solicitud de participación) declaro que no he sido contratado en esta modalidad de contrato predoctoral en el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) o distinta empresa por un tiempo superior a cuatro años (En el supuesto de concertarse el contrato con una persona con discapacidad, este periodo no podrá ser superior a seis años).
--

Lugar, fecha y firma

.....de.....de.....

SR. DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III