



ANEXO III SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

DATOS PERSONALES

APELLIDO 1.....		APELLIDO 2.....	
NOMBRE.....		Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD.....	
DIRECCIÓN: c/av/pz.....		num.....	piso.....
LOCALIDAD.....		PROVINCIA.....	PAÍS.....
FECHA NACIMIENTO.....			
LOCALIDAD NACIMIENTO.....		PAIS:.....	
NACIONALIDAD.....		CORREO ELECTRÓNICO.....	

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)

--

MÉRITOS EVALUABLES

1. EXPEDIENTE ACADÉMICO

TITULACIÓN REQUERIDA EN LA CONVOCATORIA:	
TITULACIÓN POSEIDA:	NOTA MEDIA:
FECHA DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS CONDUCENTES A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO:	
OTRAS TITULACIONES Y ESPECIALIDADES:	
<input type="checkbox"/> Certificación académica:	
<input type="checkbox"/> Título académico:	
<input type="checkbox"/> Homologación o reconocimiento a efectos profesionales de titulación extranjera:	
PUNTUACIÓN DEL EXPEDIENTE ACADÉMICO (a rellenar por el tribunal)	

2. FORMACION COMPLEMENTARIA

OTRAS TITULACIONES Y ESPECIALIDADES:	
CURSOS, SEMINARIOS:	
IDIOMAS	
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: (a rellenar por el tribunal)	



3. BECAS POSTITULACIÓN DISFRUTADAS

1.
2.
3.
4.
PUNTUACIÓN TOTAL DE BECAS DISFRUTADAS: (a rellenar por el tribunal)

PUNTUACION TOTAL (a rellenar por el tribunal)
--

4. OTRA DOCUMENTACIÓN ANEXA A LA SOLICITUD FACILITADA

Certificado de estudios o libro de calificaciones
Resolución del Sistema Nacional de Garantía Juvenil
Curriculum Vitae

CÓDIGOS DE LOS CONTRATOS A LOS QUE OPTA

1.	Orden de Preferencia	<input type="checkbox"/>
2.	Orden de Preferencia	<input type="checkbox"/>
3.	Orden de Preferencia	<input type="checkbox"/>

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"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

El abajo firmante solicita ser admitido a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y declara que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne las condiciones exigidas para la contratación y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente todos los datos que figuran en esta solicitud

En.....a.....de.....de.....

(Firma del interesado/a)

SRA. DIRECTORA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III