



**ANEXO III**

**Solicitud de participación**

**DATOS PERSONALES**

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

**PROCESO SELECTIVO**

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

**TITULACIÓN MÍNIMA EXIGIDA (se deberá poseer a la finalización del plazo de presentación de instancias)**

--

**MÉRITOS ALEGADOS**

MÉRITOS			PUNTUACIÓN
PROFESIONALES:			(No Rellenar)
EXPERIENCIA EN PUESTOS DE LA MISMA O SUPERIOR CATEGORIA CON FUNCIONES Y TAREAS AFINES			
DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESES Y DIAS)	
EXPERIENCIA EN PUESTOS DE CATEGORIA INFERIOR CON FUNCIONES Y TAREAS AFINES			
DENOMINACION PUESTO	ORGANISMO PUBLICO O EMPRESA	PERIODO TRABAJADO (AÑOS, MESES Y DIAS)	

FORMATIVOS:	
OTRAS TITULACIONES Y ESPECIALIDADES:	
CURSOS, SEMINARIOS:	



BECAS:					
IDIOMAS					
PUBLICACIONES INDIVIDUALES O PARTICIPACIÓN EN PUBLICACIONES COLECTIVAS					
CONGRESOS					
PROCESOS SELECTIVOS SUPERADOS DE PERSONAL LABORAL FIJO:					
GRUPO	CATEGORIA PROFESIONAL	DEPARTAMENTO U ORGANISMO	FECHA CONVOCATORIA	FECHA PUBLICACIÓN LISTA APROBADOS	
PUNTUACION TOTAL					

<b>CONSIENTE</b> que el Centro Gestor del proceso de selección y nombramiento acceda a las bases de datos de las Administraciones, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de facilitar la verificación de los datos de identificación personal y titulación. En el caso de no consentir deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente.	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugar, fecha y firma

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

SRA. DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III