

ANEXO V

SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición de Promoción Interna, para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Código.....

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|------------------|---------------|---------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | |
| N.I.F. | TELÉFONO | E-MAIL | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | CÓDIGO POSTAL | |
| AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO) | | Sí..... | NO..... |
| EN CASO DE DISCAPACIDAD, ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 3.1) | | | |

DATOS ADMINISTRATIVOS

| | |
|--|---------------|
| TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA | CENTRO EMISOR |
| EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL | |
| OTROS TÍTULOS OFICIALES | CENTRO EMISOR |

DESTINO ACTUAL

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| CATEGORÍA DESDE LA QUE SE PARTICIPA | CIAS |
| NOMBRE DEL CENTRO | LOCALIDAD |
| TELÉFONO DE CONTACTO | |

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 4.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 4.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

1. Ejemplar para la Administración

ANEXO V
SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición de Promoción Interna, para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Código.....

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|------------------|---------------|---------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | |
| N.I.F. | TELÉFONO | E-MAIL | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | CÓDIGO POSTAL | |
| AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO) | | SÍ..... | NO..... |
| EN CASO DE DISCAPACIDAD, ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 3.1) | | | |

DATOS ADMINISTRATIVOS

| | |
|--|---------------|
| TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA | CENTRO EMISOR |
| EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL | |
| OTROS TÍTULOS OFICIALES | CENTRO EMISOR |

DESTINO ACTUAL

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| CATEGORÍA DESDE LA QUE SE PARTICIPA | CIAS |
| NOMBRE DEL CENTRO | LOCALIDAD |
| TELÉFONO DE CONTACTO | |

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 4.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 4.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

2. Ejemplar para la Administración

ANEXO V

SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición de Promoción Interna, para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Código.....

DATOS PERSONALES

| | | |
|---|------------------|-----------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| N.I.F. | TELÉFONO | E-MAIL |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | CÓDIGO POSTAL |
| AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO) | | Sí..... NO..... |
| EN CASO DE DISCAPACIDAD, ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 3.1) | | |

DATOS ADMINISTRATIVOS

| | |
|--|---------------|
| TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA | CENTRO EMISOR |
| EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL | |
| OTROS TÍTULOS OFICIALES | CENTRO EMISOR |

DESTINO ACTUAL

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| CATEGORÍA DESDE LA QUE SE PARTICIPA | CIAS |
| NOMBRE DEL CENTRO | LOCALIDAD |
| TELÉFONO DE CONTACTO | |

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 4.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 4.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

3. Ejemplar para el interesado

ANEXO V
SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición de Promoción Interna, para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Código.....

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|------------------|---------------|---------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | |
| N.I.F. | TELÉFONO | E-MAIL | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | CÓDIGO POSTAL | |
| AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO) | | Sí..... | NO..... |
| EN CASO DE DISCAPACIDAD, ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 3.1) | | | |

DATOS ADMINISTRATIVOS

| | |
|--|---------------|
| TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA | CENTRO EMISOR |
| EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL | |
| OTROS TÍTULOS OFICIALES | CENTRO EMISOR |

DESTINO ACTUAL

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| CATEGORÍA DESDE LA QUE SE PARTICIPA | CIAS |
| NOMBRE DEL CENTRO | LOCALIDAD |
| TELÉFONO DE CONTACTO | |

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 4.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 4.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA