



**CONCURSO DE ACOPLAMIENTO - SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

**DISTRITO SANITARIO** .....

**CATEGORÍA** .....

**AMBITO DE LA CONVOCATORIA:**      **ZBS**       **DISPOSITIVO DE APOYO**

Resolución de convocatoria de fecha ..... de ..... de 200....

<b>1 DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>DNI O PASAPORTE</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>MUNICIPIO</b>		<b>PROVINCIA</b>	
<b>2 DATOS ADMINISTRATIVOS</b>			
<b>2.1 Zona Básica de Salud o Dispositivo de Apoyo al que esta adscrita la plaza que desempeña:</b>			
<b>2.2 Centro, Puesto o Unidad de Trabajo al que está adscrito el concursante (consignar el código correspondiente de los indicados en el Anexo III)</b>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>FECHA TOMA POSESIÓN</b>	<b>DÍA    MES    AÑO</b>

<b>3 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>El abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria.</p> <p>En..... a.....de .....de 200...</p> <p><b>Fdo.:</b> .....</p>