

## ANEXO I

### SOLICITUD DE ADMISIÓN A PROCESOS SELECTIVOS PARA PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

CÓDIGO CONVOCATORIA:	
----------------------	--

#### 1.- DATOS DEL SOLICITANTE

N.I.F.	APELLIDOS	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN (calle, número, piso...)		
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TITULACIÓN		
Categoría con nombramiento fijo de Personal Estatutario: ..... (Sólo cumplimentar aspirantes del turno de promoción interna)		

#### 2.- DATOS A CONSIGNAR SEGÚN BASES DE LA CONVOCATORIA

CONVOCATORIA (Categoría/Especialidad) .....
PROVINCIA DE EXAMEN: ..... (sólo cumplimentar cuando lo exija la convocatoria)
TIPO DE ACCESO:
<input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Promoción Interna <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Personas con otro tipo de discapacidad
ADAPTACIÓN QUE SOLICITA .....

#### TASA POR PARTICIPAR EN PRUEBAS SELECTIVAS DE PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD

AUTOLIQUIDACIÓN	CUOTA..... €
	<input type="checkbox"/> Reducción por promoción interna 50%. <input type="checkbox"/> Exención por discapacidad igual o mayor al 33%. Centro base de ..... <input type="checkbox"/> Exención por familia numerosa. Nº Título Familia Numerosa: ..... Fecha de caducidad: .....
	CUOTA A INGRESAR..... €
El que suscribe solicita ser admitido a las pruebas reseñadas y DECLARA que son ciertos los datos consignados y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos consignados. Asimismo, autorizo al órgano gestor a que se consulten mis datos de carácter personal obrantes en la Administración. En ....., a ..... de ..... de 20..... Firma	<b>INGRESO</b> <b>Nombre del establecimiento de crédito: Banco de Caja España de inversiones, Salamanca y Soria S.A</b> Queda abonado el importe en la cuenta ES11 2104 0060 3191 3892 4429 Son..... Fecha..... Sello y firma..... (Este documento no será válido sin la certificación mecánica o sello de la entidad depositaria)

- SR. GERENTE DE SALUD DE ÁREA DE.....
- ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD