



Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR - MATERNO INFANTIL



ANEXO I

SOLICITUD DE ADMISIÓN A LA CONVOCATORIA DE PROCEDIMIENTO SELECTIVO, MEDIANTE SISTEMA DE CONCURSO DE MÉRITOS, PARA LA CONSTITUCIÓN DE LISTAS ESPECÍFICAS DE CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALES DE MEDICINA INTENSIVA-REANIMACIÓN, QUIRÓFANO, SALUD MENTAL, URGENCIAS Y ESTERILIZACIÓN, CORRESPONDIENTES A LA CATEGORÍAS DE ATS/DUE Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR- MATERNO INFANTIL.

DATOS PERSONALES

1er Apellidos:		2do. Apellido:	
Nombre:	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DNI ó pasaporte:	
Fecha nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:	
Domicilio:			
Municipio:		Código postal:	
Provincia:		Teléfonos	
Pertenece a las listas oficiales de contratación convocadas en BOC nº 85 de 2.7.97: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN LA LISTA DE

(Una solicitud por cada categoría / especialidad)

{ CATEGORÍA _____
 { SERVICIO ESPECIAL _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA (Ponga X):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> D.N.I. | <input type="checkbox"/> Permiso de residencia. |
| <input type="checkbox"/> Titulación académica. | <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo. |
| <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de los méritos alegados (relacionar en hoja anexa). | <input type="checkbox"/> Homologación titulación. |

El abajo firmante solicita ser admitido a la convocatoria de selección a que se refiere la presente instancia y **DECLARA** que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne los requisitos exigidos por ella, comprometiéndose a probar documentalmente todos los datos que figuran en su solicitud. Asimismo declara que no padece enfermedad o defecto físico que le impida el desempeño de las correspondientes funciones, así como que no ha sido separado mediante expediente disciplinario del servicio, y que tampoco se halla inhabilitado para el ejercicio de funciones pública.

En _____ a _____ de _____ de 2011.

Fdo.:.....

DIRECCION GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR – MATERNO INFANTIL.

Avda Marítima del Sur, s/n
35016 – Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 44 40 00
Telf.: 928 44 45 00