



Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir
CONSEJERÍA DE SALUD

**SOLICITUD DE ADMISIÓN
PROCESO DE SELECCIÓN DE
PERSONAL EVENTUAL
AREA DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN E INFORMÁTICA
AGENCIA SANITARIA ALTO
GUALDALQUIVIR**

Espacio reservado Sello Registro

DATOS RELATIVOS A EL/LA ASPIRANTE

Nombre 1er apellido 2 apellido

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

DNI / NIE/Pasaporte

Dirección

Número Piso Puerta Provincia C.P

Teléfono móvil Teléfono fijo

E-mail

DATOS DE LA CONVOCATORIA

Titulación:

Forma de Acceso: Libre Cupo minusvalía Grado de minusvalía _____

Adaptación solicitada para la Prueba de Conocimientos _____
(Solo cupo de Minusvalía)

Centro/s donde desea trabajar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alto Guadalquivir de Andújar | <input type="checkbox"/> Alta Resolución de Alcaudete |
| <input type="checkbox"/> Montilla | <input type="checkbox"/> Alta Resolución Valle del Guadiato |
| <input type="checkbox"/> Alta Resolución Sierra de Segura | <input type="checkbox"/> Alta Resolución de Alcalá la Real |
| <input type="checkbox"/> Alta Resolución de Puente Genil | |

Centro Preferente; _____

DATOS DEL AUTOBAREMO

TOTAL PUNTUACIÓN AUTOBAREMO (Campo obligatorio)

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae. | <input type="checkbox"/> Autobaremo cumplimentado. |
| <input type="checkbox"/> DNI/NIE/Pasaporte. | <input type="checkbox"/> Título/s Exigido/s. |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de los méritos alegados. | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |

El/ la abajo firmante D/Dña _____

SOLICITA ser admitido/a al proceso de selección. **DECLARA** que son ciertos los datos consignados, y que reúne los requisitos exigidos en las Bases del proceso de selección, comprometiéndose a probar documentalmente todos los datos que figuran en esta Solicitud y en el Autobaremo.

En _____ a _____ de _____ de 2017

Firmado



Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir
CONSEJERÍA DE SALUD

**SOLICITUD DE ADMISIÓN
PROCESO DE SELECCIÓN DE
PERSONAL EVENTUAL
AREA DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN E INFORMÁTICA
AGENCIA SANITARIA ALTO
GUALDALQUIVIR**

Espacio reservado Sello Registro

DATOS RELATIVOS A EL/LA ASPIRANTE

Nombre 1er apellido 2 apellido

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

DNI / NIE/Pasaporte

Dirección

Número Piso Puerta Provincia C.P

Teléfono móvil Teléfono fijo

E-mail

DATOS DE LA CONVOCATORIA

Titulación:

Forma de Acceso: Libre Cupo minusvalía Grado de minusvalía _____

Adaptación solicitada para la Prueba de Conocimientos _____
(Solo cupo de Minusvalía)

Centro/s donde desea trabajar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alto Guadalquivir de Andújar | <input type="checkbox"/> Alta Resolución de Alcaudete |
| <input type="checkbox"/> Montilla | <input type="checkbox"/> Alta Resolución Valle del Guadiato |
| <input type="checkbox"/> Alta Resolución Sierra de Segura | <input type="checkbox"/> Alta Resolución de Alcalá la Real |
| <input type="checkbox"/> Alta Resolución de Puente Genil | |

Centro Preferente; _____

DATOS DEL AUTOBAREMO

TOTAL PUNTUACIÓN AUTOBAREMO (Campo obligatorio)

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae. | <input type="checkbox"/> Autobaremo cumplimentado. |
| <input type="checkbox"/> DNI/NIE/Pasaporte. | <input type="checkbox"/> Título/s Exigido/s. |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de los méritos alegados. | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |

El/ la abajo firmante D/Dña _____

SOLICITA ser admitido/a al proceso de selección. **DECLARA** que son ciertos los datos consignados, y que reúne los requisitos exigidos en las Bases del proceso de selección, comprometiéndose a probar documentalmente todos los datos que figuran en esta Solicitud y en el Autobaremo.

En _____ a _____ de _____ de 2017

Firmado