



Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

**SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROCESO
DE SELECCIÓN DE EVENTUALES
AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Espacio reservado Sello Registro

DATOS RELATIVOS AL ASPIRANTE

Nombre y apellidos

NIF/NIE /Pasaporte

e-mail

Dirección

Población

Provincia

CP

Teléfono 1

Teléfono 2

FORMA DE ACCESO

CUPO LIBRE

CUPO DISCAPACIDAD

GRADO

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN. Marque la modalidad de contratación en la que desea trabajar. La información sobre las modalidades de contratación se puede consultar en el procedimiento de gestión de los listados de personal temporal de la Agencia, disponible en nuestra Web.

Larga duración

Corta duración

Ambas

CENTRO/S SOLICITADO/S Marque dentro de la modalidad/es de contratación solicitada/s el centro/s en los que desea trabajar. **LARGA DURACIÓN**

Hospital Alto Guadalquivir.

Hospital de Montilla.

Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura.

Hospital de Alta Resolución de Puente Genil.

Hospital de Alta Resolución de Alcaudete.

Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato

Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real.

Hospital de Alta Resolución de Cazorla

CORTA DURACIÓN
Hospital Alto Guadalquivir.

Hospital de Montilla.

Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura.

Hospital de Alta Resolución de Puente Genil.

Hospital de Alta Resolución de Alcaudete.

Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato

Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real.

Hospital de Alta Resolución de Cazorla

El abajo firmante D./Doña

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

En

a

de

de 2020

Firmado

Toda la Información será manejada con estricta confidencialidad.

Ejemplar para la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.



Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

**SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROCESO
DE SELECCIÓN DE EVENTUALES
AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Espacio reservado Sello Registro

DATOS RELATIVOS AL ASPIRANTE

Nombre y apellidos

NIF/NIE /Pasaporte

e-mail

Dirección

Población

Provincia

CP

Teléfono 1

Teléfono 2

FORMA DE ACCESO

CUPO LIBRE

CUPO DISCAPACIDAD

GRADO

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN. Marque la modalidad de contratación en la que desea trabajar. La información sobre las modalidades de contratación se puede consultar en el procedimiento de gestión de los listados de personal temporal de la Agencia, disponible en nuestra Web.

Larga duración

Corta duración

Ambas

CENTRO/S SOLICITADO/S Marque dentro de la modalidad/es de contratación solicitada/s el centro/s en los que desea trabajar. **LARGA DURACIÓN**

Hospital Alto Guadalquivir.

Hospital de Montilla.

Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura.

Hospital de Alta Resolución de Puente Genil.

Hospital de Alta Resolución de Alcaudete.

Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato

Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real.

Hospital de Alta Resolución de Cazorla

Hospital Alto Guadalquivir.

Hospital de Montilla.

Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura.

Hospital de Alta Resolución de Puente Genil.

Hospital de Alta Resolución de Alcaudete.

Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato

Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real.

Hospital de Alta Resolución de Cazorla

El abajo firmante D./Doña

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

En

a

de

de 2020

Firmado

Toda la Información será manejada con estricta confidencialidad.

Ejemplar para el interesado.