



ANEXO I

MODELO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

Denominación de la plaza: Auxiliar de Enfermería

Datos Personales:

N.I.F.	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha Nacimiento	Localidad	Provincia	Nación

Datos para localización:

Teléfono	Dirección	Localidad	C.P.	Provincia
----------	-----------	-----------	------	-----------

Correo electrónico:

Por la presente **SOLICITO** ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y **DECLARO** que reúno las condiciones exigidas en la base segunda de las que rigen la convocatoria para tomar parte en el procedimiento selectivo, referido a la fecha de expiración del plazo de presentación.

Asimismo se acompaña la siguiente documentación:

- Una fotocopia del Documento Nacional de Identidad, que deberá estar vigente en el momento en que finalice el plazo de presentación de solicitudes de participación.
- Certificado médico, expedido en impreso oficial y firmado por colegiado en ejercicio, en el que se haga constar expresamente que el aspirante no padece enfermedad ni estar afectado por limitación física o psíquica que sea incompatible con el desempeño de las correspondientes funciones.
- Documentos acreditativos de la posesión del título de Auxiliar de Clínica o Auxiliar de Enfermería.
- Recibo o justificante de pago de los derechos de examen.

En _____, a ____ de _____ de 200__

(firma)

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL ILUSTRE AYUNTAMIENTO DE LA VILLA DE ARAFO