

ANEXO I – MODELO DE SOLICITUD

1.- DATOS DE LA CONVOCATORIA

LISTA DE RESERVA CONVOCADA: MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

FECHA DE LA CONVOCATORIA: BOP: 75 de 23 de junio de 2017

TÍTULO EXIGIDO: LICENCIATURA UNIVERSITARIA EN MEDICINA, CON LA ESPECIALIDAD RECONOCIDA EN MEDICINA DEL TRABAJO

2.- DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | |
| NOMBRE: | FECHA DE NACIMIENTO: | DNI N.º: |
| NACIONALIDAD: | DOMICILIO: | MUNICIPIO: |
| PROVINCIA: | E-MAIL*: | |
| | TELÉFONO | |

* De conformidad con la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, el interesado consiente expresamente la utilización de medios electrónicos, como es el *e-mail*, a efectos de notificaciones.

3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Declaración responsable de que el aspirante reúne todos y cada uno de los requisitos exigidos en la convocatoria, a que se refiere la base 4.5 a) de la presente convocatoria.- Certificación del grado de discapacidad emitido por el órgano competente de la Comunidad Autónoma, en su caso. |
|---|

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y declara que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne las condiciones exigidas para participar en la convocatoria reseñada, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud, cuando sea requerido/a para ello.

Asimismo, reconoce expresamente que conoce todos y cada uno de los extremos y condiciones recogidos en las Bases que rigen el proceso de selección, así como los derechos y obligaciones inherentes a la inclusión en la lista de reserva del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, de acuerdo con los criterios de funcionamiento de las listas de reserva, aprobados por el Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria.

Las Palmas de Gran Canaria, a ____ de _____ de 2017.

EL/LA SOLICITANTE

EXCMO. SR. ALCALDE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA