

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN UN CONCURSO DE TRASLADOS

DESTINO	Servicio de Personal Estatutario del Servicio de Salud de las Islas Baleares
CÓDIGO DIR3	A04029527

SOLICITANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Dirección postal			
Código postal	Localidad		Municipio
Provincia		País	
Correo electrónico		Teléfonos	

DATOS ADMINISTRATIVOS

Código de la categoría		Situación administrativa actual	
<i>Plaza desde la que se concursa</i>		<i>Destino actual **</i>	
Servicio de salud		Servicio de salud	
Centro		Centro	
CIAS*		CIAS*	

* Solo atención primaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

** Solo en caso de situación administrativa de comisión de servicios o PIT.

SOLICITUD CONDICIONADA POR RAZÓN DE CONVIVENCIA FAMILIAR DE ACUERDO CON LA BASE 6.5

Núm. doc. identidad		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	

DECLARACIÓN

- Son ciertos los datos que consigno en esta solicitud.
- Cumpló los requisitos de la convocatoria del concurso de traslados.
- Me comprometo a acreditarlo documentalmente.

SOLICITO:

Ser admitido/admitida en el concurso de traslados a que se refiere esta solicitud.

Lugar y fecha

[rúbrica]

HOJA DE SOLICITUD DE PLAZA

CÓDIGO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO SOLICITADOS, POR ORDEN DE PREFERENCIA

1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

Lugar y fecha

[rúbrica]