

SOLICITUD DE PLAZA DE CIENCIAS DE LA SALUD

D./D^a

NIF F. nacimiento

Domicilio

Localidad C.P.

Teléfono E-mail

SOLICITA la plaza de (marcar con X) Coordinador Prácticas Clínicas
 Prof. Asociado CC. Salud
 Prof. Asociado (Forense)

del área de conocimiento de

nº plaza (s)

(si solicita plazas de la misma categoría y área, identificar el número de cada una de ellas). En caso contrario, presentar solicitud independiente para cada plaza, acompañada de toda la documentación requerida.

adscrita al Departamento de

.....,

DECLARA bajo su responsabilidad que tiene conocimiento del contenido de las bases de la convocatoria así como que los datos expresados en la presente solicitud son exactos, adjuntando la documentación que se relaciona:

- autobaremo
- fotocopia del DNI
- fotocopia compulsada de la certificación académica
- certificación de vinculación al SAS
- informe de adecuación (sólo en las plazas de coordinadores)
- fotocopias de los méritos alegados en el curriculum vitae
- otros (relacionar, en su caso)

Lugar y fecha

(firma)