

ANEXO III. 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) Prof. Asociado CC. Salud Áreas Médicas
 Prof. Asociado CC. Salud de Enfermería
 Prof. Asociado CC. Salud de Fisioterapia

Del área de conocimiento de
Nº plaza (s) 1º
2º
3º
4º

(Si solicita varias plazas identificar el orden de preferencia de cada una de ellas.
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 título universitario que habilita para optar a la plaza.
- Fotocopia titulación académica en la especialidad correspondiente a la plaza solicitada.
- Certificación oficial de vinculación al SAS.
- Fotocopias de los méritos alegados en el curriculum vitae.
- Otros (relacionar, en su caso)

Lugar y fecha

(firma)