



**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA BOLSA DE EMPLEO TEMPORAL DE
AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL CENTRO DE SALUD**

D./Dña. _____ (en representación
de _____) mayor de edad, con

D.N.I.: _____, domicilio en la CI/ _____,

de _____ y número de teléfono _____, ante Ud.

comparece y SOLICITA participar en esta bolsa.

Se aportan FOTOCOPIAS de la siguiente documentación:

D.N.I.

TITULACIÓN ACADÉMICA.

INFORME DE VIDA LABORAL.

CONTRATOS DE TRABAJO/CERTIFICADOS EMPRESA/CERTIFICADO DE
SERVICIOS PRESTADOS/CURRICULUM DEMANDA (SAE).

DIPLOMAS/CERTIFICADOS CURSOS FORMACIÓN RELACIONADOS CON EL PUESTO.

INFORME DE PERIODOS DE INSCRIPCIÓN (SAE/otros SS.E.), desde 01/01/2009.

ACREDITACIÓN DE DISCAPACIDAD.

ACREDITACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Así mismo, DECLARO RESPONSABLEMENTE:

- No haber sido separado, mediante expediente disciplinario del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas, ni hallarse inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.
- No padecer enfermedad o defecto físico o psíquico que impida el desempeño de las correspondientes funciones.
- Tener conocimientos informáticos a nivel de usuario.
- Cumplir el resto de requisitos establecidos en las bases de esta bolsa.
- Solicitar el cambio de bolsa y ser incluido/a en ésta (Decreto 02/169/2019, de 18 Junio 2019).

En **Pedro Abad**, a _____ de JUNIO de **2019**.

Fdo.: _____.

SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE PEDRO ABAD