



ANEXO III

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA PARA LA COBERTURA MEDIANTE NOMBRAMIENTO TEMPORAL, DEL PUESTO DE SUPERVISOR/A DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA, ÁMBITO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, DEPENDIENTE DE ESTA GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS.

DATOS PERSONALES			
DNI/pasaporte:	1º Apellido:	2º Apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad (sólo para extranjeros):	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN			
Teléfono (1):	Teléfono (2):	Dirección:	Código Postal:
Municipio:	Provincia:	Correo electrónico:	

SOLICITO ser admitido/a en la convocatoria a que se refiere esta solicitud.

DECLARO que son ciertos los datos consignados y que cumplo los requisitos y las condiciones para poder participar en esta convocatoria.

En Arrecife, a _____ de _____ de 2021

Firma:

Carretera Arrecife - Tinajo, Km 1.300
35500 ARRECIFE DE LANZAROTE
Tfno. 928 595 000 Fax 928 815 034



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
JOSE LUIS APARICIO SANCHEZ - GERENTE DE SERVICIOS SANITARIOS	Fecha: 01/06/2021 - 17:03:35
Este documento ha sido registrado electrónicamente:	
RESOLUCION - Nº: 1246 / 2021 - Tomo: 1 - Libro: 301 - Fecha: 02/06/2021 11:37:01	Fecha: 02/06/2021 - 11:37:01
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0_9M8DpxbMTWw_sHxwuqRNGHY2eu3tn8k	 
El presente documento ha sido descargado el 02/06/2021 - 11:37:13	