



SOLICITUDE DE ADMISIÓN AS PROBAS SELECTIVAS NO CONCELLO DE CARBALLO

ESCALA	GRUPO	FORMA DE ACCESO P. INTERINA <input type="checkbox"/> A. LIBRE <input type="checkbox"/>
SUBESCALA		
CLASE		

DATOS A CUBRIR POLO CONCELLO

NÚMERO DA SOLICITUDE

MINUSVALIDEZ OU DISCAPACIDADE		
		ADAPTACIÓN
MOTIVO		

DATOS PERSOAIS

D.N.I.	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME
DATA DE NACEMENTO	SEXO HOME <input type="checkbox"/> MULLER <input type="checkbox"/>	ENDEREZO, RÚA, PRAZA, NÚMERO	
CONCELLO	PROVINCIA	NACIONALIDADE	TELÉFONO

EXEMPLAR PARA O INTERESADO

TÍTULOS ACADÉMICOS OFICIAIS

DENOMINACIÓN	CENTRO EXPEDICIÓN	LOCALIDADE

A persona que asina abaixo solicita ser admitido nas probas selectivas ás que se refire a presente instancia e DECLARA que son certos os datos consignados nela, que reúne as condicións esixidas para o ingreso na Función Pública e as especialmente sinaladas na convocatoria anteriormente citada, e comprométese a probar documentalmente tódolos datos que figuran nesta solicitude.

En..... de..... de 2.0.....
(Sinatura)

Sr. Alcalde-Presidente do Concello de Carballo
DATOS A CUBRIR POLO CONCELLO

REXISTRO CONCELLO DE CARBALLO <input type="checkbox"/> OUTROS ORGANISMOS <input type="checkbox"/> ACOMPÁÑASE OUTRA DOCUMENTACIÓN SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	DE CONFORMIDADE COS REQUERIMENTOS DA CONVOCATORIA ADMITIDO <input type="checkbox"/> EXCLUIDO <input type="checkbox"/> CAUSA DA EXCLUSIÓN <input type="checkbox"/>	A CUBRIR POLO REXISTRO
---	--	------------------------

ENTIDADE FINANCIERA	CODIGO	LOCALIDADE	LIQUIDACIÓN (Dereitos de exame + gastos)

(Selo da entidade financeira ou impresión magnética)