

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A
PRUEBAS SELECTIVAS Y
LIQUIDACIÓN DE TASAS DE
DERECHOS DE EXAMEN**

(EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN)

Los datos en esta solicitud podrán ser mecanizados para su tratamiento por esta Dirección Gerencia. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre, V.d. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Dirección Gerencia del S.º Cantabro de Salud, Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (39011-Santander) a través del Servicio de Selección y Provisión

DECLARANTE/SUJETO PASIVO

Tipo doc. Iden.		Nº. documento		Primer Apellido			Segundo Apellido		Nombre		
Sexo	Fecha de nacimiento		Nacionalidad								
Domicilio a efectos de notificación											
Tipo de vía		Nombre de la vía pública			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Letra	Código Postal	Provincia
Localidad				Primer teléfono		Segundo Teléfono		Correo electrónico			

INFORMACIÓN ADICIONAL

Orden Convocatoria:		SAN/		Nº B.O.C.:		Fecha B.O.C.:		Año de la OEP:		
CÓDIGO					NOMBRE COMPLETO DE LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA					
Categoría a la que opta:										
Ejercicio voluntario en caso de estar previsto en la Convocatoria						Turno (indique Turno Libre ó Turno de Promoción Interna)				
Reserva discapacidad			Discapacidad %			Tipo de discapacidad				
<input type="checkbox"/>										
Adaptación que se solicita y motivo de la misma										
Declara estar exento de la obligación del pago de los derechos de examen por estar en situación de demanda de empleo										
<input type="checkbox"/>										

ASUNTO

SOLICITA

DOC.

La persona firmante solicita ser admitido al proceso selectivo a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella y que reúne las condiciones exigidas en la convocatoria citada, comprometiéndose a aportar documentalmente todos los datos en el momento en que se le requiera.

Certificado Discapacidad (original ó fotocopia compulsada)	
Copia compulsada de la cartilla/tarjeta de demandante de empleo	
Otros	

TASAS

Justificación de ingreso de los derechos de examen en la cuenta número 0049-6742-58-2916218065 del Banco Santander	
Cuantía (€) :	

FECHA

DIA	<input type="checkbox"/>	MES		<input type="checkbox"/>		AÑO			<input type="checkbox"/>		Firma

INGRESO

A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

Este documento no será válido sin el sello o la validación mecánica
LUGARES DE PAGO:

BANCO SANTANDER

IMPORTANTE: tras el pago, esta instancia deberá registrarse en la Administración para que tenga validez.

EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A
PRUEBAS SELECTIVAS Y
LIQUIDACIÓN DE TASAS DE
DERECHOS DE EXAMEN**

REGISTRO DE ENTRADA

**CARTA DE PAGO
(EJEMPLAR PARA EL INTERESADO)**

Los datos en esta solicitud podrán ser mecanizados para su tratamiento por esta Dirección Gerencia. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre, V.d. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Dirección Gerencia del S.º Cantábrego de Salud, Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (39011-Santander) a través del Servicio de Selección y Provisión

DECLARANTE/SUJETO PASIVO

Tipo doc. Iden.		Nº. documento		Primer Apellido			Segundo Apellido		Nombre		
Sexo	Fecha de nacimiento		Nacionalidad								
Domicilio a efectos de notificación											
Tipo de vía		Nombre de la vía pública			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Letra	Código Postal	Provincia
Localidad				Primer teléfono		Segundo Teléfono		Correo electrónico			

INFORMACIÓN ADICIONAL

Orden Convocatoria:		SAN/		Nº B.O.C.:		Fecha B.O.C.:		Año de la OEP:		
CÓDIGO					NOMBRE COMPLETO DE LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA					
Categoría a la que opta:										
Ejercicio voluntario en caso de estar previsto en la Convocatoria						Turno (indique Turno Libre ó Turno de Promoción Interna)				
Reserva discapacidad		Discapacidad %			Tipo de discapacidad					
<input type="checkbox"/>										
Adaptación que se solicita y motivo de la misma										
Declara estar exento de la obligación del pago de los derechos de examen por estar en situación de demanda de empleo										

ASUNTO

SOLICITA

La persona firmante solicita ser admitido al proceso selectivo a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella y que reúne las condiciones exigidas en la convocatoria citada, comprometiéndose a aportar documentalmente todos los datos en el momento en que se le requiera.

Certificado Discapacidad (original ó fotocopia compulsada)	
Copia compulsada de la cartilla/tarjeta de demandante de empleo	
Otros	

TASAS

Justificación de ingreso de los derechos de examen en la cuenta número **0049-6742-58-2916218065** del Banco Santander

Cuantía (€) :

FECHA

DIA MES AÑO

Firma

INGRESO

A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

Este documento no será válido sin el sello o la validación mecánica
LUGARES DE PAGO:

IMPORTANTE: tras el pago, esta instancia deberá registrarse en la Administración para que tenga validez.

BANCO SANTANDER

EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A
PRUEBAS SELECTIVAS Y
LIQUIDACIÓN DE TASAS DE
DERECHOS DE EXAMEN**

REGISTRO DE ENTRADA

**CARTA DE PAGO
(EJEMPLAR PARA LA ENTIDAD BANCARIA)**

Los datos en esta solicitud podrán ser mecanizados para su tratamiento por esta Dirección Gerencia. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre, V.d. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Dirección Gerencia del S.º Cantabro de Salud, Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (39011-Santander) a través del Servicio de Selección y Provisión

DECLARANTE/SUJETO PASIVO

Tipo doc. Iden.		Nº. documento		Primer Apellido			Segundo Apellido		Nombre		
Sexo	Fecha de nacimiento		Nacionalidad								
Domicilio a efectos de notificación											
Tipo de vía		Nombre de la vía pública			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Letra	Código Postal	Provincia
Localidad			Primer teléfono		Segundo Teléfono		Correo electrónico				

INFORMACIÓN ADICIONAL

Orden Convocatoria:		SAN/		Nº B.O.C.:		Fecha B.O.C.:		Año de la OEP:		
CÓDIGO					NOMBRE COMPLETO DE LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA					
Categoría a la que opta:										
Ejercicio voluntario en caso de estar previsto en la Convocatoria						Turno (indique Turno Libre ó Turno de Promoción Interna)				
Reserva discapacidad		Discapacidad %			Tipo de discapacidad					
<input type="checkbox"/>										
Adaptación que se solicita y motivo de la misma										
Declara estar exento de la obligación del pago de los derechos de examen por estar en situación de demanda de empleo										

ASUNTO

SOLICITA

DOC.

La persona firmante solicita ser admitido al proceso selectivo a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella y que reúne las condiciones exigidas en la convocatoria citada, comprometiéndose a aportar documentalmente todos los datos en el momento en que se le requiera.

Certificado Discapacidad (original ó fotocopia compulsada)	
Copia compulsada de la cartilla/tarjeta de demandante de empleo	
Otros	

TASAS

Justificación de ingreso de los derechos de examen en la cuenta número 0049-6742-58-2916218065 del Banco Santander	
Cuantía (€) :	

FECHA

DIA	<input type="checkbox"/>	MES		<input type="checkbox"/>		AÑO		<input type="checkbox"/>		Firma

INGRESO

A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

Este documento no será válido sin el sello o la validación mecánica
LUGARES DE PAGO:

BANCO SANTANDER

IMPORTANTE: tras el pago, esta instancia deberá registrarse en la Administración para que tenga validez.

EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD