



EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CONIL DE LA FRONTERA (CÁDIZ)

SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS

PLAZA A LA QUE ASPIRA

| | | |
|---|--|--|
| DENOMINACIÓN DE LA PLAZA A QUE ASPIRA AUXILIAR ADMINISTRATIVO INTERINO | | FECHA DE CONVOCATORIA EN B.O.P. |
| RÉEGIMEN DE LA PLAZA FUNCIONARIO INTERINO | SISTEMA DE SELECCIÓN CONCURSO-OPOSICIÓN | FORMA DE ACCESO LIBRE |

SOLICITANTE. DATOS PERSONALES

| | | |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| Nº. D.N.I. | TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL | |
| DOMICILIO | | LOCALIDAD-CÓDIGO POSTAL |

El/ la abajo firmante, solicita ser admitido/a la realización de las pruebas selectivas a que se refiere la presente solicitud, declarando que reúne todos y cada uno de los requisitos y condiciones establecidos en la Base Segunda de la Convocatoria, y manifestando su deseo de formar parte de la Bolsa de Trabajo que quedará constituida por los aspirantes que hubieran superado la calificación final del procedimiento.

Conil de la Frontera, a de de 2017.
Firma,

A la presente instancia deberá acompañarse:

- Fotocopia del D.N.I.

-Documento de pago de los derechos de examen o en su defecto, documentación acreditativa de la condición de demandante de empleo, al menos un mes anterior a la fecha de la convocatoria, acompañada de una declaración jurada donde se haga constar que se carecen de rentas superiores, en cómputo mensual, al salario mínimo interprofesional ó fotocopia compulsada del certificado expedido por los órganos competentes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales o, en su caso, de la Comunidad Autónoma correspondiente, que acredite la condición de minusválido y poseer una discapacidad de grado igual o superior al 33 por 100.

- Impreso de autobaremación.

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CONIL DE LA Fª. (CÁDIZ)