



## **EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CONIL DE LA FRONTERA (CÁDIZ)**

### **PLAZA A LA QUE ASPIRA**

<b>DENOMINACIÓN DE LA PLAZA A QUE ASPIRA</b> <b>AUXILIAR DE AYUDA A</b> <b>DOMICILIO</b>		<b>FECHA DE CONVOCATORIA EN B.O.E</b> <b>4 DE AGOSTO DE 2020</b>
<b>RÉEGIMEN DE LA PLAZA</b> <b>LABORAL FIJO</b>	<b>SISTEMA DE SELECCIÓN</b> <b>CONCURSO-</b> <b>OPOSICION</b>	<b>FORMA DE ACCESO</b> <b>LIBRE</b>

### **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.

Conil de la Frontera, a                    de                    de 2020.  
Firma,

A la presente instancia deberá acompañarse:

- Fotocopia compulsada del D.N.I
- Los documentos acreditativos de los méritos alegados en la Fase de Concurso, en original o por fotocopia compulsada, debiendo estar éstos referidos a la fecha en que se expire el plazo de presentación de solicitudes.

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