



AYUNTAMIENTO DE EL ESPINAR
SOLICITUD DE ADMISION A PROCESO SELECTIVO

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
D.N.I.	Fecha nacimiento	Domicilio, Calle o plaza y nº
Localidad y Código Postal	Provincia	Teléfono

2. PLAZA O PUESTO DE TRABAJO A QUE ASPIRA

☐ **PEÓN CON DISCAPACIDAD.**

3.- Documentación que se adjunta a la presente solicitud:

☐ FOTOCOPIA D.N.I.-N.I.E o documento equivalente.

☐ FOTOCOPIA TARJETA DEMANDANTE DE EMPLEO.

☐ FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO O DOCUMENTO POR EL QUE SE HAYA RESUELTO RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACITADO EMITIDO POR EL ORGANISMO COMPETENTE PARA OTORGARLO.

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a al proceso selectivo a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella.

En _____ a ____ de ____ de 2019.
(Firma)

SR ALCALDE PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE EL ESPINAR. (SEGOVIA)