

ANEXO I

 GOBIERNO DE ARAGON <small>Departamento de Sanidad</small>	SOLICITUD DE ADMISIÓN EN PROCESOS SELECTIVOS	 IACS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
---	---	--

DATOS DEL PUESTO

Referencia y denominación del puesto	Ref:	Denom.
--------------------------------------	------	--------

DATOS DEL SOLICITANTE

1er apellido		2º apellido	
Nombre		Nacionalidad	NIF/NIE
Domicilio			
Municipio		Provincia	
Teléfono		Correo electrónico	

DATOS DEL REPRESENTANTE

1er apellido		2º apellido	
Nombre		NIF/NIE	
Domicilio			
Municipio		Provincia	
Teléfono		Correo electrónico	

DISCAPACIDAD

Grado de discapacidad (%)		Adaptación que solicita y motivo	
---------------------------	--	----------------------------------	--

TITULACIÓN

Titulación		Fecha de obtención	
------------	--	--------------------	--

DOCUMENTACIÓN APORTADA

<input type="checkbox"/> Currículum vitae	<input type="checkbox"/> Justificante pago tasa	<input type="checkbox"/> Acreditación representación	<input type="checkbox"/> Otros:
---	---	--	---------------------------------

BOLSA DE EMPLEO

Deseo formar parte de la bolsa de empleo: Sí No

