

ANEXO II

NOMBRE	APELLIDOS	
D.N.I./N.I.F	DOMICILIO	
POBLACION	PROVINCIA	TELEFONO
E-MAIL		

EXPONE:

Que enterado/a de la convocatoria de ese Ayuntamiento para la AMPLIACION de BOLSA DE TRABAJO para el puesto de AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO, según Bases elaboradas al efecto, las cuales han sido aprobadas por la Junta de Gobierno Local de ese Ayuntamiento, en sesión celebrada el día 26 de abril de 2017.

Conociendo las funciones a desempeñar recogidas en la base SEGUNDA y reuniendo todos y cada uno de los requisitos exigidos en la Base TERCERA, declaro expresamente que no me encuentro incurso/a en causa de incapacidad e incompatibilidad para prestar servicios en la Administración Pública, ni he sido separado/a mediante expediente disciplinario del servicio de cualquier Administración Pública,

SOLICITA:

Se tenga por presentada esta solicitud junto con la documentación que a la misma se acompaña y se sirva admitirme para tomar parte en el proceso selectivo para la constitución de bolsa y contratación citada.

- COPIA DEL D. N. I.
- ORIGINAL O COPIA AUTENTICADA DE LA TITULACIÓN NECESARIA.
- RESGUARDO INGRESO DERECHOS DE EXAMEN o DOCUMENTACION EXENCION
- DOCUMENTACION A VALORAR EN LA FASE DE CONCURSO COMPULSADA.

_____ a ____ de _____ de 2017

Fdo.: _____

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE ARGAMASILLA DE ALBA