



90999210029990721240

**ANEXO I****EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE  
SERVICIO DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE RECURSOS  
HUMANOS**

<b>DENOMINACIÓN DE LA PLAZA: <u>ENFERMERO/A DE EMPRESA.</u></b>			<b>CONVOCATORIA. Fecha:</b>		
<b><u>LISTA DE RESERVA</u></b>					
<b>Acceso libre</b>	<b>X</b>	<b>Promoción interna</b>		<b>Reserva discapacidad</b>	
<b>Datos personales</b>					
<b>D.N.I.</b>	<b>1<sup>er</sup> Apellido</b>		<b>2<sup>o</sup> Apellido</b>		<b>Nombre</b>
<b>Nacimiento</b>					
<b>Fecha</b>	<b>Nación</b>		<b>Provincia</b>	<b>Localidad</b>	
<b>Domicilio para localización</b>					
<b>Nación</b>		<b>Provincia</b>		<b>Localidad</b>	
<b>Calle</b>				<b>Nº</b>	
<b>Comunidad/Barrio</b>	<b>Bloque</b>		<b>Piso</b>	<b>Código Postal</b>	
<b>Teléfono</b>			<b>Correo electrónico</b>		
<input type="checkbox"/> (*)					

**Tasas. Forma de pago:**

<b>Importe:</b> 24,99 €	<b>Ingreso:</b>	<b>Giro Postal o Telegráfico:</b>	<b>Fecha:</b> <b>Núm.:</b>
-------------------------	-----------------	-----------------------------------	-------------------------------

(\*) Marcar si se autoriza el envío de SMS relacionados con el proceso selectivo, en caso de realizarse.

La persona firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella y que reúne las condiciones exigidas en las Bases de la convocatoria en la fecha de expiración del plazo señalado para la presentación de instancias, comprometiéndose a acreditar documentalmente todos los datos que figuran en esta solicitud.

Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ -

**(firma)****(Continúa al dorso)****EXCMA. SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE.**

