

Reclamación de los listados provisionales del Concurso de Traslados para plazas de Personal Estatutario del Servicio Madrileño de Salud

1.- Datos de la categoría

| | |
|----------------------|-------------|
| Categoría solicitada | ENFERMERO/A |
|----------------------|-------------|

2.- Datos del interesado:

| | | | | | |
|--------------------|--|------------|--|---------------------|--|
| NIF/ NIE | | Pasaporte* | | Nombre | |
| Primer Apellido | | | | | |
| Segundo Apellido | | | | | |
| Tipo de vía | | Nombre vía | | Nº/Km | |
| Piso | | Puerta | | CP | |
| Localidad | | | | | |
| Provincia | | | | País | |
| Correo electrónico | | | | | |
| Teléfono Fijo | | | | Teléfono Móvil | |
| Nacionalidad | | | | Fecha de Nacimiento | |

*Cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de NIF/NIE.

3.- Datos de el/la representante:

| | | | | | |
|--------------------|--|---------------|--|------------------|--|
| NIF/ NIE | | Nombre | | Razón social | |
| Primer Apellido | | | | Segundo Apellido | |
| Fax | | Teléfono Fijo | | Teléfono Móvil | |
| Correo electrónico | | | | | |

4.- Datos de la reclamación:

| | | |
|--------------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | NO APARECER NI ADMITIDO NI EXCLUIDO Deberá adjuntar la solicitud registrada. | |
| <input type="checkbox"/> | APARECER EXCLUIDO Deberá adjuntar la documentación que subsane la causa de exclusión. | |
| <input type="checkbox"/> | RECLAMACIÓN DE PUNTUACIÓN * | |
| | Experiencia profesional | Puntos reclamados |

* En la reclamación por puntuación no se debe presentar ninguna documentación, ya que es una reclamación sobre una documentación ya presentada.

En, a..... de de.....

FIRMA

DESTINATARIO