

SOLICITUD DE ADMISIÓN PRUEBAS SELECTIVAS INSTITUT MUNICIPAL D'INNOVACIÓ

BOLSA DE PERSONAL LABORAL

CATEGORÍA: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre _____

DNI _____ Fecha Nacimiento _____

Domicilio _____

Código postal _____ Población _____

Teléfono _____ Móvil _____

E-mail: _____

TITULO ACADEMICO EXGIDO _____

Centro y fecha de expedición _____

MÉRITOS :

EXPERIENCIA PROFESIONAL

El/la que suscribe solicita ser admitido/a a las pruebas selectivas a las cuales hace referencia esta instancia. Declara, que son ciertos los datos que ha consignado y que cumple las condiciones que se exigen en la convocatoria.

Palma , a _____ de _____ de _____

Nombre y Apellidos

Firma