

## ANEXO II SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN CONVOCATORIA PARA PUESTO ESPECÍFICO

<b>1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>			
Primer apellido	Segundo apellido		
Nombre	NIF	Correo electrónico	
Calle o plaza y número	Teléfono	Teléfono 2	
Localidad	Provincia	Cód. postal	

<b>2. PUESTO SOLICITADO</b>
<p><b>Puesto</b> _</p> <p>Siendo requisito el compromiso para la disponibilidad de horario y jornada laboral, expresa dicho compromiso para asumir el horario y jornada laboral necesarios para el desempeño del puesto de trabajo en caso de ser seleccionado/a para el mismo.  <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> NO   <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p>Siendo requisito el compromiso para la disponibilidad geográfica, expresa dicho compromiso de realizar los desplazamientos geográficos necesarios para el desempeño del puesto de trabajo en caso de ser seleccionado/a para el mismo.  <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> NO   <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p>Siendo requisito el compromiso de participación en las distintas modalidades de formación, expresa dicho compromiso para participar en las modalidades de formación en las que sea convocado/a necesarias para el desempeño del puesto de trabajo en caso de ser seleccionado/a para el mismo.  <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> NO   <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p>

<b>3. ACREDITACIÓN DE DISCAPACIDAD MAYOR O IGUAL AL 33%</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

<b>4. CONSENTIMIENTO EXPRESO</b>
<p><b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de mis Datos de Identidad</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.</p> <p><b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE DISCAPACIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de discapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Discapacidad o documento acreditativo del grado de discapacidad.</p>

<b>5. ACREDITACIÓN DE REQUISITOS</b>																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 15%;"><u>Tipo</u></th> <th style="text-align: left; width: 65%;"><u>Título</u></th> <th style="text-align: right; width: 20%;"><u>Horas/Crédito</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	<u>Tipo</u>	<u>Título</u>	<u>Horas/Crédito</u>																														
<u>Tipo</u>	<u>Título</u>	<u>Horas/Crédito</u>																															



