

**ANEXO III**

MODELO DE SUBSANACIÓN DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES

*(Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo, a través de concurso-oposición, a la categoría de Tecnico/a superior de Laboratorio de Diagnóstico Clínico, por promoción interna, del Servicio de Salud de Castilla y León, por Orden SAN/1810/2022, de 30 de Noviembre)*

*Nombre y apellidos: ……………………………………………………………………………………………..…………*

*NIF/NIE: …….…………………*

*Domicilio: …………………….………………………………………………..……………. Código Postal: ………...…*

*Municipio: ………………………….…….………. Provincia: ….………....…………Teléfono: ……………………….*

EXPONE:

* Que figuro en la lista provisional de aspirantes excluidos del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
* Que los datos personales que aparecen en el listado son incorrectos.
* Que no aparezco en la lista provisional de admitidos, ni en la de excluidos, habiendo presentado la solicitud.

SOLICITA:

* Incluirme en las listas definitivas de aspirantes admitidos en el proceso selectivo, al proceder a la subsanación de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **NO PRESENTA SOLICITUD** |
| **2** | **FALTA FIRMA EN SOLICITUD** |
| **3** | **FALTA PAGO TASAS DERECHO DE EXAMEN** |
| **4** | **FALTA CERTIFICADO ACREDITATIVO DE LA DISCAPACIDAD** |
| **5** | **NO ACREDITA NACIONALIDAD** |
| **6** | **FALTA ACREDITACIÓN FAMILIA NUMEROSA** |
| **7** | **FALTA ACREDITACIÓN IRPF** |
| **8** | **PAGO INCORRECTO DERECHOS DE EXAMEN** |
| **9** | **SOLICITUD FUERA DE PLAZO** |
| **10** | **TITULACIÓN INVÁLIDA** |
| **11** | **FALTA CERTIFICADO DE SERVICIOS PRESTADOS** |

* Subsanar los datos personales que aparecen en la lista provisional de aspirantes, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.

DOCUMENTACIÓN APORTADA

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

En………….………., …….de …………………. de 2023.

*IMPORTANTE:*

*Marque con X aquellas casillas a las que corresponda la petición.*

*No se considerarán válidas las solicitudes sin firmar.*

*Toda la documentación debe ir en castellano o en su defecto acompañada de traducción legal.*

SR. GERENTE DE SALUD DE LAS AREAS DE VALLADOLID

C/ Alvarez Taladriz, 14 – 47007 Valladolid