

ANEXO III
MODELO DE SUBSANACION DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES

(Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a de Sacyl por Orden SAN/119/2018, de 29 de enero)

Nombre y apellidos:..... NIF:.....

Domicilio:..... Código Postal:.....

Municipio:..... Provincia:..... Teléfono:.....

EXPONE:

- Que he sido excluida/o provisionalmente del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
- Que los datos personales que aparecen en el listado son incorrectos.
- Que no aparezco en el listado de admitidos ni en el de excluidos habiendo presentado la solicitud.

SOLICITA:

- La admisión definitiva en el proceso selectivo al proceder a la subsanación de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

MOTIVO DE EXCLUSION
FORMA DE SUBSANAR

<input type="checkbox"/> Pago incompleto de derechos de examen.	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante la presentación del ejemplar para el órgano gestor del modelo 046, debidamente validado.
<input type="checkbox"/> No acredita el pago de derechos de examen.	Acreditar el abono íntegro de la tasa mediante la presentación del ejemplar para el órgano gestor del modelo 046, debidamente validado.
<input type="checkbox"/> No acredita exención de tasas por familia numerosa.	Aportar fotocopia compulsada del carnet de familia numerosa y copia de la declaración de la renta del ejercicio 2016 o acreditar el abono íntegro de la tasa
<input type="checkbox"/> No cumple el requisito Base 2.1.i)	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 2.1.i) de la convocatoria.
<input type="checkbox"/> No cumple el requisito Base 2.1.h)	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 2.1.h) de la convocatoria.

- Que se corrijan los datos personales que aparecen en el listado, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.
- Que se me incluya en el listado de admitidos al proceso selectivo, para ello apporto copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican el pago de tasas o el derecho a exención de éste.

En....., a.....dede 2018

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 DEL AREA DE LEON
C/ Juan Lorenzo Segura 3 - 24001 León