

**ANEXO III  
MODELO DE SUBSANACIÓN DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES**

Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de: CELADOR DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN Convocada por Orden SAN/1161/2018, de 22 de octubre (BOCyL nº 211 de 31 de octubre de 2018)

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:

<b>MOTIVO DE EXCLUSIÓN</b> (marque con una X la/s que corresponda/n)	<b>FORMA DE SUBSANAR</b> ACREDITACIÓN MEDIANTE APORTACIÓN DE ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA
<input type="checkbox"/> 00 FUERA DE PLAZO	<b>Acreditar el registro de la solicitud</b> conforme a las bases 3.2.1, 3.2.2 y 3.2.3
<input type="checkbox"/> 03 No acredita NACIONALIDAD	<b>Acreditar la nacionalidad</b> conforme a la base 2.1.a) y 3.2.5
<input type="checkbox"/> 04 No acredita FAMILIA NUMEROSA	<b>Acreditar familia numerosa</b> conforme a la base 3.3.4.c) o <b>abonar tasas</b> de derechos de examen en plazo
<input type="checkbox"/> 05 No acredita DISCAPACIDAD	<b>Acreditar discapacidad</b> conforme a la base 2.2.
<input type="checkbox"/> 06 No cumple grado de DISCAPACIDAD exigido	Acreditar <b>el abono íntegro de la tasa en plazo</b> mediante cualquiera de las modalidades de pago establecidas en la base 3.3.2.
<input type="checkbox"/> 07 Pago Incompleto DERECHOS DE EXAMEN	Acreditar <b>el abono de la diferencia de la tasa</b> mediante cualquiera de las modalidades de pago establecidas en la base 3.3.2.
<input type="checkbox"/> 08 No acredita RENTA	<b>Acreditar familia numerosa</b> conforme a la base 3.3.4.c)
<input type="checkbox"/> 09 Titulación INVÁLIDA	<b>Aportar titulación.</b>
<input type="checkbox"/> OTROS (.....)	

- 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 aporoto copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican al pago de tasas o al derecho de exención de éste.

En ..... a ..... de ..... de 2019

Firmado:

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

**DIRIGIDO A: GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DEL BIERZO. C/ Médicos Sin Fronteras, 7, 24404 Ponferrada**