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 Enfermero/a del Servicio de Salud de Castilla y León, por Orden SAN/1396/2025, de 2 de diciembre)

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:

MOTIVO DE EXCLUSION (MARQUE CON "X" EL QUE CORRESPONDA)	FORMA DE SUBSANAR (APORTANDO, EN SU CASO, DOCUMENTACION ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA)
☐ 01 Falta de firma en la solicitud.	Manifiesto expresamente mi voluntad de participar en el proceso selectivo firmando el presente Anexo.
☐ 02 Solicitud registrada fuera de plazo.	Acreditación de haber presentado la instancia y haber realizado el pago de la tasa dentro del plazo establecido en la convocatoria.
☐ 03 No acredita exención de pago por discapacidad.	Acreditación de discapacidad del 33% o superior o acreditar el abono íntegro de la tasa.
☐ 04 No acredita exención de pago por fam. numerosa.	Título de familia numerosa y copia de la declaración de la renta del ejercicio 2024 a efectos de comprobación de los umbrales de renta (ANEXO IV) o acreditar el abono íntegro de la tasa.
☐ 05 No acredita nacionalidad o parentesco (Base 4.1.a).	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 4.1.a de la convocatoria.
☐ 06 No acredita el pago de derechos de examen.	Acreditar el abono íntegro de la tasa, en el plazo establecido, mediante cualquiera de las modalidades de pago indicadas en el ANEXO IV de la convocatoria.
☐ 07 Pago incompleto de derechos de examen.	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante cualquiera de las modalidades de pago indicadas en el ANEXO IV de la convocatoria.
☐ 08 No presentó la solicitud en una oficina de registro.	Acreditación de haber presentado modelo oficial, con nº de solicitud, en una oficina de registro.
☐ 09 No indica estar en posesión de una titulación válida.	Indicar estar en posesión de alguna de las titulaciones exigidas en el ANEXO I de la convocatoria.

☐ 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 2026.

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