



## SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS

### 1 SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI	ACTÚA:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EN NOMBRE PROPIO <input type="checkbox"/> EN REPRESENTACIÓN DEL NIF	
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO				
<input type="text"/>				
LOCALIDAD		C. POSTAL	AUTORIZACIÓN ADJUNTA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SEGÚN PROVINCIAS	
TELÉFONOS(Preferiblemente móvil)		CORREO ELECTRÓNICO		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN, EL INTERESADO/A SEÑALA QUE DESEA SE LE PRACTIQUE: (Marque con una "X" la opción que desee)				
<input type="checkbox"/> POR MEDIOS ELECTRÓNICOS (Salvo que esté obligado a recibirlo por este canal )		<input type="checkbox"/> En sede electrónica <input type="checkbox"/> A la dirección electrónica habilitada <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> POR CORREO POSTAL A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN: CALLE, PLAZA, AVENIDA Y NÚMERO				
<input type="text"/>				
LOCALIDAD		C. POSTAL	PROVINCIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 2 PROCESO SELECTIVO

PLAZA:	B.O.E./ B.O.P (FECHA)	RÉGIMEN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL
TURNO:		
<input type="checkbox"/> LIBRE <input type="checkbox"/> PROMOCIÓN INTERNA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> MOVILIDAD <input type="checkbox"/> COMISIÓN DE SERVICIOS		
ADAPTACIONES SOLICITADAS (EN CASO DE DISCAPACIDAD)		
<input type="text"/>		
DE CONFORMIDAD CON LAS BASES DE LA CONVOCATORIA:		
TITULACIÓN: <input type="text"/>		
OTROS REQUISITOS EXIGIDOS EN LA CONVOCATORIA: <input type="text"/>		
PRUEBA VOLUNTARIA DE IDIOMAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    IDIOMA: <input type="text"/>		

### 3 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (SI ASÍ LO REQUIEREN LAS BASES DE LA CONVOCATORIA)

<input type="checkbox"/>	Justificante de abono de las tasas de derechos de examen.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia compulsada del DNI.
<input type="checkbox"/>	Otra documentación <input type="text"/>

### 4 LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/La abajo firmante solicita ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y DECLARA que los datos consignados en ella son ciertos y se encuentran actualizados y que reúne las condiciones exigidas para el ingreso en el cuerpo o categoría a que aspira, comprometiéndose a probar documentalmente todos los datos que figuran en esa solicitud.

A los efectos de recabar la información necesaria relacionada con el objeto de la presente de cuantos organismos resulte necesario:

- Autoriza al OAL IPETA a obtenerla en su nombre  
 No autoriza a OAL IPETA a obtenerlas en su nombre, comprometiéndose el solicitante a

aportar personalmente los documentos que sean necesarios.

En Talavera de la Reina, a  de  de

(Firma)

SR. PRESIDENTE OAL IPETA