



EXCMO AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS  
DELEGACIÓN DE RELACIONES HUMANAS

## ANEXO I

### SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO EXTRAORDINARIO DE ESTABILIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL

## MÉDICO/A DEL TRABAJO

#### IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA:

PRIMER APELLIDO:	
SEGUNDO APELLIDO:	
NOMBRE:	
DNI:	

#### DOMICILIO (a efectos de notificación):

DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

#### DERECHOS DE EXAMEN:

Importe ingresado:  _____ €	Bonificación por:		SI	NO
		Familia numerosa		
		Discapacidad		
		Desempleado/a		

SOLICITA CERTIFICACIÓN DE ANTIGÜEDAD: SI  NO

#### DECLARACIÓN:

El/La abajo firmante solicita ser admitido/a en las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y declara que son ciertos los datos consignados en la misma, y que reúne los requisitos y condiciones exigidos en la Base Tercera de la Convocatoria arriba identificada, y conoce íntegramente y acepta las Bases por las que ha de regirse el proceso selectivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

La persona declarante autoriza al Ayuntamiento para que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, incorporen sus datos contenidos en el expediente y sus trámites para su tratamiento, en un fichero automatizado, que tiene como finalidad facilitar las actuaciones de control y mejora de los procedimientos de gestión, comprobación y seguimiento correspondientes a los órganos que incorporan tales datos personales, quedando enterado de que, de acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, pueden dirigirse por escrito a este Ayuntamiento (Plaza de la Constitución nº 1 Dos Hermanas 41701) para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de dichos datos, con prueba fehaciente de la identidad del solicitante, incluyendo como referencia "Protección de datos".