

ANEXO II

AYUNTAMIENTO DE CABRA

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCESO SELECTIVO

Denominación de la plaza:

Código:

Convocatoria publicada en el BOP núm. de de de 2022

1 DATOS PERSONALES			
DNI/Pasaporte/NIE: <input type="text"/>	Primer apellido: <input type="text"/>	Segundo apellido: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad: <input type="text"/>	Correo electrónico: <input type="text"/>
Domicilio: Tipo de Vía <input type="text"/>			
Nombre de la Vía <input type="text"/>			
Núm. <input type="text"/> Letra <input type="text"/> Escal. <input type="text"/> Piso <input type="text"/> Pta. <input type="text"/>			
Municipio: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>	Código Postal: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
a. Persona discapacitada física, psíquica o sensorial que tiene reconocida una minusvalía igual o superior al 33% (Se adjunta/n certificado/s acreditativo/s) <input type="checkbox"/>			
b. Solicitud de adaptación: <input type="text"/>			
2 DOCUMENTACIÓN A APORTAR			
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada DNI/ pasaporte/Documento acreditativo de residencia, en vigor			
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del Título Oficial requerido en la Convocatoria (o <i>credencial que acredite la homologación</i>)			
<input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>			
3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, 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 son ciertos los datos consignados en ella, que reúne las condiciones exigidas en la Convocatoria citada y que no padece enfermedad o defecto físico que imposibilite el normal ejercicio de las funciones a desempeñar.			
En <input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> 202 <input type="text"/>			
Fdo: <input type="text"/>			

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE CABRA

**ANEXO III
AUTOBAREMACIÓN**

Experiencia	a. En el mismo puesto, en la Administración Convocante: 0,75 por mes completo de servicios. b. En el mismo o similar puesto, en cualquier otra Administración Pública: 0,25 puntos por mes completo de servicios.				
Puesto desempeñado	Organismo	Periodo		Año/s	Puntos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Del <input type="text"/>	al <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TOTAL SERVICIOS PRESTADOS (hasta un máximo de 90 puntos)			<input type="text"/>
Formación	0,30 puntos por cada hora lectiva (con certificado de aprovechamiento)				
Denominación Curso	Nº horas lectivas	Organismo Oficial o Centro homologado		Puntos	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		TOTAL FORMACION (hasta un máximo de 10 puntos)		<input type="text"/>	

Puntuación total:

ANEXO IV
DECLARACIÓN RESPONSABLE

DATOS PERSONALES			
DNI/Pasaporte/NIE: <input type="text"/>	Primer apellido: <input type="text"/>	Segundo apellido: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad: <input type="text"/>	Correo electrónico: <input type="text"/>
Domicilio: Tipo de Vía <input type="text"/>	Nombre de la Vía <input type="text"/>		
Núm. <input type="text"/>	Letra <input type="text"/>	Escal. <input type="text"/>	Piso <input type="text"/> Pta. <input type="text"/>
Municipio <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>El/la abajo firmante DECLARA bajo mi responsabilidad:</p> <p><input type="checkbox"/> (Nacionales españoles): no haber sido separado mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas, ni hallarse en inhabilitación absoluta o especial para empleo o cargo público por resolución judicial firme.</p> <p><input type="checkbox"/> (Otra nacionalidad): no estar sometido a sanción disciplinaria o condena penal que impida, en mi Estado, el acceso a la función pública</p> <p style="text-align: right;">Fdo: <input type="text"/></p>