IMPRIMIR ANEXO

ANEXO III

MODELO DE SUBSANACION DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES

*(Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de **Enfermero/a**, del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) por Orden SAN/1210/2018, de 31 de octubre)*

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:

MOTIVO DE EXCLUSION (MARQUE CON "X" EL QUE CORRESPONDA)	FORMA DE SUBSANAR (APORTANDO, EN SU CASO, DOCUMENTACION ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA)
☐ **01** Solicitud sin firmar.	Manifiesto expresamente mi voluntad de participar en el proceso selectivo firmando la presente solicitud.
☐ **02** Instancia fuera de plazo.	Acreditación de haber presentado la instancia y haber realizado el pago de la tasa dentro del plazo establecido.
☐ **03** Discapacidad no acreditada.	Acreditación de discapacidad del 33% o superior o acreditar el abono íntegro de la tasa.
☐ **04** Familia numerosa no acreditada.	Título de familia numerosa y copia de la declaración de la renta del ejercicio 2017 o acreditar el abono íntegro de la tasa.
☐ **05** Nacionalidad o parentesco no acreditados.	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 2.1.a de la convocatoria.
☐ **06** Pago no acreditado.	Acreditar el abono íntegro de la tasa, en el plazo establecido, mediante cualquiera de las modalidades de pago indicadas en la base 3.3.2 de la convocatoria.
☐ **07** Pago incompleto.	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante cualquiera de las modalidades de pago indicadas en la base 3.3.2 de la convocatoria.
☐ **08** Solicitud incompleta.	Manifiesto mi voluntad de que los datos personales que aquí constan corrijan la falta en la solicitud.

☐ 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 aporto copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican el pago de tasas o el derecho a exención de éste.

En……..……a ……..de ……..…..…… de 2019
Firma:

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

SR. GERENTE DE SALUD DE LAS AREAS DE LEON C/ Juan Lorenzo Segura 3 - 24001 León