



Ajuntament de Maria de la Salut

ANNEX 2

SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ A PROCEDIMENT SELECTIU DE L'AJUNTAMENT DE MARIA DE LA SALUT

_____ DNI núm.

(Nom i cognoms)

Domicili a _____ núm.

(Localitat) (carrer, avinguda, plaça, etc.)

Codi postal _____ Telèfon _____ e-mail

EXPÒS:

Que he tingut coneixement de la convocatòria:

(Nom de la convocatòria)

les bases de la qual van ser publicades:

(BOIB -data i núm-; web municipal -data de l'anunci-, etc.)

Que reunesco totes i cadascuna de les condicions exigides a les bases, referides a la data de finalització del termini assenyalat per a la presentació d'aquesta sol·licitud, i que són certes les dades que es consignen en aquesta sol·licitud.

AUTORITZ perquè l'Administració tracti les meves dades personals als efectes que es derivin d'aquesta convocatòria, i em comprometo a provar documentalment totes les dades que consten en aquesta sol·licitud.

Ajuntament de Maria de la Salut

Plaça des Pou, núm. 13 - Maria de la Salut. CP: 07519 (Illes Balears). Tel.: 971 52 50 02.

Fax: 971 52 51 94 - Correu electrònic: ajuntament@ajmariadelasalut.net



Ajuntament de Maria de la Salut

Per tot l'exposat,

SOL·LICIT:

Prendre part en aquesta convocatòria.

_____, _____ de _____ de
20_____

[signatura]

SR. BATLE DE L'AJUNTAMENT DE MARIA DE LA SALUT

Ajuntament de Maria de la Salut

Plaça des Pou, núm. 13 - Maria de la Salut. CP: 07519 (Illes Balears). Tel.: 971 52 50 02.

Fax: 971 52 51 94 - Correu electrònic: ajuntament@ajmariadelasalut.net