

SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS  
MONITORES INFANTILES - 2018  
PROGRAMA CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL

**Don/Doña**

**DNI / CIF**

Marcar lo que proceda:

**Actuando en nombre propio.**

**Actuando en representación de**

**DNI / CIF**

(En caso de actuar como representante, deberá acreditar tal condición)

**% Discapacidad:**

**Detalle de las adaptaciones físicas que, en su caso, pudiera necesitar:**

**DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN :** Marque el que prefiera:

**ORDINARIA:** En su domicilio.

**NOTIFICACIÓN PRESENCIAL:** Si es de su interés, el Ayuntamiento le remitirá aviso via telefónica, comunicándole que puede recoger la notificación en las oficinas municipales en el plazo de tres días hábiles. Transcurridos los mismos sin que la haya recogido, le será notificada de forma ORDINARIA. **Teléfono de aviso:**

En cualquiera de los dos casos anteriores, deberá rellenar los datos siguientes:

**DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: Municipio:**

**Provincia:**

**Calle,**

**Num.**

**, Piso**

**,ESC.**

**, C.P.**

**NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: Deberá disponer de un certificado electrónico -DNI electrónico o semejante - y será notificado exclusivamente por este canal. Especifique E-Mail**

SOLICITUD ENTREGADA EN (indíquese lo que proceda):

**Registro General del Ayuntamiento**

**Sede Electrónica**

**Oficina de Correos de**

**Otros (Cualquier Administración con ventanilla única, indicar cual).**

Sistema de acceso	Clase	Ecvgi qtꝑ
Concurso - oposición	Funcionario Interino! 'Dfc[ fUa Ug	A cb]rcf' -bZUbH'

**Documentos que se acompañan según las bases de la convocatoria: (Marcar con una X)**

Fotocopia DNI en vigor, debidamente compulsada.

Fotocopia titulación académica debidamente compulsada. (En su caso, fotocopia debidamente compulsada de la certificación académica acreditativa de la equivalencia de los estudios).

En su caso, documentación acreditativa de la discapacidad.

Sobre cerrado con una programación de actividades para un trimestre en su interior.

El abajo firmante solicita ser admitido a las pruebas selectivas a que se refiere la presente INSTANCIA y DECLARA que son ciertos los datos en ella contenidos, que reúne las condiciones establecidas en la Base 3ª de la convocatoria, que acepta y conoce el contenido de las mismas y comprometiéndose a probar todos los datos que figuran en esta solicitud.

**Sant Joan d'Alacant,**

**de**

**de 20**

Firma del solicitante/representante

SR . ALCALDE – PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE SANT JOAN D'ALACANT.

Sant Joan d'Alacant – CP. 03550 – Casa Consistorial: Plaça d'Espanya, 1. Tel. 965 65 32 45. Oficines Generals: Plaça de l'Església, 2. Tel. 966 01 31 00. CIF P-0311900-E