



## SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ A LA CONVOCATÒRIA DEL CONSORCI SANITARI DEL MARESME.

Referència: DA-2017

### Dades personals:

1r. Cognom:	DNI-NIE:
2n. Cognom:	Nº Seg. Social:
Nom:	Data naixement:

### Adreça

Carrer:	Localitat:
Província:	Codi Postal:
Telèfon fix:	Telèfon mòbil:
Correu electrònic:	

El/la qui subscriu declara sota la seva responsabilitat la veracitat de les dades i documentació aportades en relació a la seva candidatura i demana sigui admès/sa a la convocatòria per cobrir la plaça vacant.

A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Signatura sol·licitant

REGISTRE ENTRADA  
DIRECCIÓ DE PERSONES I COMUNICACIÓ.  
(indicar data i segell).  
o enviar poer correu electrònic a [yortiz@c sdm.cat](mailto:yortiz@c sdm.cat)