

Reclamación de los listados provisionales del Concurso de Traslados para plazas de Personal Estatutario del Servicio Madrileño de Salud

1.- Datos de la categoría

Categoría solicitada	MÉDICO DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA
----------------------	--

2.- Datos del interesado:

NIF/ NIE		Pasaporte*		Nombre	
Primer Apellido					
Segundo Apellido					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº/Km	
Piso		Puerta		CP	
Localidad					
Provincia				País	
Correo electrónico					
Teléfono Fijo				Teléfono Móvil	
Nacionalidad				Fecha de Nacimiento	

*Cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de NIF/NIE.

3.- Datos de el/la representante:

NIF/ NIE		Nombre		Razón social	
Primer Apellido				Segundo Apellido	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo electrónico					

4.- Datos de la reclamación:

<input type="checkbox"/>	NO APARECER NI ADMITIDO NI EXCLUIDO Deberá adjuntar la solicitud registrada.	
<input type="checkbox"/>	APARECER EXCLUIDO Deberá adjuntar la documentación que subsane la causa de exclusión.	
<input type="checkbox"/>	RECLAMACIÓN DE PUNTUACIÓN *	
	Experiencia profesional	Puntos reclamados

* En la reclamación por puntuación no se debe presentar ninguna documentación, ya que es una reclamación sobre una documentación ya presentada.

En, a..... de de.....

FIRMA

DESTINATARIO