CONVOCATORIA PARA LA COBERTURA DE UNA PLAZA DE PERSONAL DEL GRUPO I – SUBGRUPO A

JEFE/A DE DEPARTAMENTO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES - TRANSPORTE

División de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral - Dirección de Recursos Humanos

# ANEXO III

# SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL PROCESO DE SELECCIÓN

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | | | | | | | | | | |
| Teléfono (1): | | | | | Teléfono (2): | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | |
| NIF/ N.º tarjeta Residente: |  | | | | Nacionalidad: | | |  | | | |
| Domicilio: | | | | N.º | | Km | Esc. | | Piso | Puerta |  |
| Localidad: | | Provincia: |  | | | | CP | | |  | |
| Fecha nacimiento: | |  | |  |  | Lugar de nacimiento: | | | |  |  |

**CURRICULUM VITAE**

* + **TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TITULACIÓN: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| UNIVERSIDAD/CENTRO: | | LOCALIDAD: |
| MES/AÑO INICIO: | MES/AÑO FIN: | |

* + **OTRAS TITULACIONES RELACIONADAS CON EL PUESTO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TITULACIÓN: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| UNIVERSIDAD/CENTRO: | | LOCALIDAD: |
| MES/AÑO INICIO: | MES/AÑO FIN: | |
| TITULACIÓN: | | |
| ESPECIALIDAD: | | |
| UNIVERSIDAD/CENTRO: | | LOCALIDAD: |
| MES/AÑO INICIO: | MES/AÑO FIN: | |

* + **OTROS ESTUDIOS Y FORMACIÓN COMPLEMENTARIA/CURSOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | HORAS | AÑO |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + **EXPERIENCIA PROFESIONAL RELACIONADA CON EL PUESTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | |
| CARGO: | |
| FECHA DE INGRESO (Indicar mes y año): | FECHA SALIDA (Indicar mes y año): |
|  |  |
| FUNCIONES BÁSICAS: | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | |
| CARGO: | |
| FECHA DE INGRESO (Indicar mes y año): | FECHA SALIDA (Indicar mes y año): |
|  |  |
| FUNCIONES BÁSICAS: | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | |
| CARGO: | |
| FECHA DE INGRESO (Indicar mes y año): | FECHA SALIDA (Indicar mes y año): |
|  |  |
| FUNCIONES BÁSICAS: | |

* + **IDIOMAS:**

|  |  |
| --- | --- |
| INDIQUE EL NIVEL DEL CONOCIMIENTO (B2, C1, C2) | TÍTULO OFICIAL |
|  |  |
|  |  |

El abajo firmante declara que todos los datos consignados en este cuestionario son ciertos. La falsedad de datos facilitados por el solicitante dará lugar a su exclusión automática de la Convocatoria. Por tanto, el solicitante se responsabiliza de la veracidad y exactitud de los datos personales facilitados en el Modelo de Solicitud y autoriza el tratamiento de estos por parte de EMT.

SR. /SRA.

FECHA.:

(Pueden añadirse todas las líneas que sean necesarias para acreditar los méritos valorables o requeridos)