



ANEXO II
PROCESOS SELECTIVOS PARA EL INGRESO EN LAS CATEGORÍAS DE LAS INSTITUCIONES
SANITARIAS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

PETICIÓN DE SUBSANACIÓN DE DEFECTOS DE LA SOLICITUD DE ACCESO A LA CATEGORÍA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, POR EL SISTEMA DE ACCESO

NOMBRE Y APELLIDOS

D.N.I.

DOMICILIO

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

PROVINCIA

TELÉFONO

CORREO ELECTRONICO

EXPONGO:

Que habiendo sido excluido/a provisionalmente en el proceso selectivo para personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, convocado por Resolución del SESCAM de 5 de diciembre de 2007 (D.O.C.M. nº 260, de 13-12-2007) por la/s causa/s abajo indicada/s:

(*Marcar con una X el recuadro/s de la/s causa/s de exclusión, indicando lo que corresponda).

SOLICITO:

La Admisión en el citado proceso selectivo, procediendo a la subsanación de los defectos motivo de la exclusión en la forma que a continuación indico:

(*)	CAUSA DE EXCLUSIÓN	FORMA DE SUBSANACIÓN
	A- Ausencia de firma en la solicitud.	Manifiesto expresamente mi voluntad de participar en el proceso selectivo en los términos expresados en mi solicitud.
	B- Solicitud presentada fuera de plazo.	Acredito la presentación de la solicitud en plazo (Es necesario acompañar a este escrito un documento acreditativo de la presentación en plazo).
	C- Impago derechos de examen o efectuar un pago insuficiente.	Justificante acreditativo del pago de los derechos de examen.
	D- Indeterminación de la categoría a que se presentan.	Manifestación expresa de la categoría a que se presentan:
	E- Indeterminación del sistema de acceso (libre, promoción interna, discapacitados).	Manifestación expresa del sistema de acceso a que se presentan:
	F- Sistema de acceso no convocado.	Manifestación expresa del sistema de acceso:
	G- Presentación de solicitud para una misma categoría por más de un sistema de acceso.	Manifestación expresa del sistema de acceso por el que se opta:
	H- No tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100.	Acreditar reconocimiento de grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100.
	I- Falta DNI o documento equivalente.	Acompañar fotocopia compulsada del DNI o documento equivalente.
	J- Otros motivos.	

Toledo, a.....de.....de.....
(Firma)