

INSTANCIA SUBSANACION EXCLUSIONES

APELLIDOS Y NOMBRE	
N.I.F./ N.I.E.	
CATEGORIA o PUESTO al que se presenta	
TURNO:	

DECLARO

PRIMERO: que he sido excluido/a por las siguientes causas: (marcar con una cruz las causas concretas de exclusión)

<input type="checkbox"/>	I: no acredita los requisitos para participar por el turno de promoción interna que establece la ley. (en este caso se ha incluido directamente en el turno libre de conformidad con lo dispuesto en las Bases de la convocatoria)
<input type="checkbox"/>	D: No figura número de DNI o Pasaporte
<input type="checkbox"/>	N: Nacionalidad no acorde a las normas de la convocatoria
<input type="checkbox"/>	E: No declara reunir las condiciones exigidas en la convocatoria
<input type="checkbox"/>	S: No firma la instancia
<input type="checkbox"/>	A: No acredita el abono de las tasas, abona un importe incorrecto o el abono se realiza fuera de plazo
<input type="checkbox"/>	P: Instancia presentada fuera de plazo o no acreditar sello y fecha de registro
<input type="checkbox"/>	H: No haber cumplimentado la fecha de nacimiento, o no ser esta acorde a las normas de la convocatoria
<input type="checkbox"/>	C: No acredita copia compulsada del certificado de diversidad funcional igual o superior al 33 por 100 y/o no estar el mismo actualizado.
<input type="checkbox"/>	F: No acredita copia compulsada del certificado de familia numerosa o familia monoparental acorde a las normas de la convocatoria

SEGUNDO: que solicita la subsanación del error, para lo cual (marque con una cruz las subsanaciones que procedan)

<input type="checkbox"/>	I. Aporto fotocopia compulsada de ser personal fijo funcionario carrera del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.
<input type="checkbox"/>	D. Aporto fotocopia compulsada DNI/NIE pasaporte.
<input type="checkbox"/>	N: Aporto fotocopia compulsada del documento que acredita que la nacionalidad es acorde con las normas de la convocatoria. (los aspirantes de cualquier nacionalidad que estén casados con nacionales españoles deberán aportar copia compulsada del libro de familia).
<input type="checkbox"/>	E. Declaro reunir las condiciones exigidas en al convocatoria.
<input type="checkbox"/>	S. Declaro mi voluntad de firmar la instancia, lo cual ratifico con la firma del presente escrito.
<input type="checkbox"/>	A. Aporto fotocopia de la instancia con el sello de registro en la que figura el pago de la tasa realizado en plazo y por el importe correspondiente a la categoría puesto, y en su caso, justificante bancario. (Personal excluido del cupo de Diversidad Funcional y ahora excluido por impago de tasas, debe realizar el pago de tasas completo con una nueva instancia y aportar justificante en plazo subsanación.
<input type="checkbox"/>	P. Aporto fotocopia de la instancia con el sello de registro acreditativo de su entrega en plazo.
<input type="checkbox"/>	H. Aporto fotocopia compulsada del documento acreditativo de la fecha de nacimiento acorde con las normas de la convocatoria.
<input type="checkbox"/>	C. Aporto fotocopia compulsada del documento acreditativo del grado de diversidad funcional igual o superior al 33%, acorde con las normas de la convocatoria, en su caso, actualizado.
<input type="checkbox"/>	F. Aporto fotocopia compulsada del certificado acreditativo del tipo de familia numerosa o monoparental acorde a las normas de la convocatoria.

Y en base a lo anterior,

SOLICITA

Sea admitido/a en el proceso selectivo

En _____ a ____ de _____ de ____
Firma

SRA. PRESIDENTA DEL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLON