Dirección General de Recursos Humanos
Servicio Madrileño de Salud
SaludMadrid

Comunidad de Madrid

ANEXO II

ESCRITO DE SUBSANACIÓN DE DEFECTOS

CONCURSO DE TRASLADOS VOLUNTARIO A PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Nombre y apellidos:..... D.N.I. .....

Domicilio:.....

Código Postal: ..... Municipio: ..... Provincia:.....

Correo Electrónico: ..... Teléfono:.....

EXPONGO:

☐ Que habiendo sido excluido/a provisionalmente en el concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Auxiliar de Enfermería del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid por la/s causa/s abajo indicada/s:

☐ Que no apareciendo en el listado de admitidos ni excluidos, y habiendo presentado solicitud de participación en el concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Auxiliar de Enfermería del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid

SOLICITO:

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

(*) CAUSA DE EXCLUSIÓN	**FORMA DE SUBSANACIÒN**
☐ **A** Solicitud presentada fuera de plazo	Acreditar la presentación de la solicitud en plazo. (es preciso aportar un documento acreditativo de la presentación en plazo)
☐ **B** No aportar documentación exigida en la convocatoria	Aportar la documentación exigida en la convocatoria
☐ **C** No haber prestado servicio en la plaza actualmente desempeñada en propiedad, y desde la que concursa, durante al menos un año con anterioridad a la fecha en que finalizó el plazo de presentación de solicitudes	Acreditar que ha prestado servicios en la plaza actualmente desempeñada en propiedad, y desde la que concursa, durante al menos un año con anterioridad a la fecha en que finalizó el plazo de presentación de solicitudes

☐ La admisión en el citado concurso de traslados, para lo cual aporto copia de la solicitud de participación en el mismo, presentada según lo establecido en la base 3.2 de la resolución de la convocatoria.

(* Marcar con una X el recuadro/s de la/s opción/es correspondiente/s)

Madrid a,…… de…….de 2015
(Firma)

SR. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD
C/ Sagasta, 6 28004 MADRID