



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA CREACIÓN DE UNA BOLSA DE TRABAJO DE AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO DEL AYUNTAMIENTO DE GALÁPAGOS			
APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	
DOMICILIO	MUNICIPIO	PROVINCIA	C.P.
MINUSVALÍA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO GRADO DE MINUSVALÍA _____			
TIPO DE MINUSVALÍA _____			

El abajo firmante, teniendo conocimiento de las bases generales y de la convocatoria que rige el presente proceso de para la creación de una bolsa de trabajo de auxiliar de ayuda a domicilio, **EXPONE:**

Que acepta y reúne todos y cada uno de los requisitos exigidos en dichas Bases y convocatoria, referidas a la fecha de expiración del plazo de presentación de la instancia y que son ciertos todos los datos consignados en esta solicitud, asumiendo las responsabilidades a que haya lugar en caso de falsedad en la solicitud o en la documentación presentada.

Y por todo lo anteriormente expuesto, **SOLICITA** que sea admitida esta solicitud para participar en el proceso de selección de personal referenciado y que se tenga por presentada, la siguiente documentación justificativa de los méritos alegados:

- Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor.
- Documentación acreditativa de la titulación y/o certificación requerida para ser admitido en el proceso de selección.
- Certificado de vida laboral.
- Currículum vitae.
- Fotocopia del carnet de conducir.
- En caso de estar desempleado: Tarjeta de demanda de empleo y certificado de los períodos de inscripción de los últimos 12 meses anteriores contados desde la fecha de publicación de la presente convocatoria.
- Certificados expedidos por los organismos públicos o privados que acrediten los méritos en materia de formación, para su valoración.
- Contratos de trabajo que acrediten la experiencia profesional, para su valoración.
- Para solicitantes con grado de discapacidad: tarjeta del grado de discapacidad que se posea y certificado del Centro Base que acredite la capacidad de apto para desempeñar las funciones de la categoría a la que se opta.

En Galápagos, a ___de _____ de 20__.

El/La Solicitante:

Fdo: _____

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE GALÁPAGOS



DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a _____ con DNI _____

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

- 1- Que no he sido inhabilitado, ni separado mediante expediente disciplinario del servicio de ninguna Administración Pública, ni hallarse inhabilitado para el desempeño de funciones públicas por sentencia penal firme.-
- 2- Que son ciertos los datos que figuran en esta solicitud y que la documentación aportada es copia fiel del original, comprometiéndome a aportar los originales de la documentación a requerimiento del Ayuntamiento.
- 3- Que conozco que la falsedad de los datos mencionados en la presente solicitud supone la exclusión automática del proceso selectivo.
- 4- Que poseo la capacidad funcional para el desempeño de las tareas, y no padezco enfermedad o defecto físico que impida el desempeño de las correspondientes funciones y tareas del puesto de trabajo,

En Galápagos, a _____ de _____ de 20____.

El/La Solicitante,

Fdo.- _____