



Excmo. Cabildo Insular de La Gomera

C/ PROFESOR ARMAS FERNÁNDEZ, Nº 2 -

CP: 38800 San Sebastián de La Gomera

Tf. : 922 14 0100 - 06 Fax: 922 140151

Anexo III

Nº de Registro:
Fecha y hora:

CABILDO INSULAR DE LA GOMERA

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO SELECTIVO PARA LA CREACIÓN DE UNA LISTA DE RESERVA DE BIOLOGO

Convocatoria publicada en el BOP núm.....de.....de..... de 2017

1 DATOS PERSONALES			
DNI/Pasaporte/NIE:	Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad:	Correo electrónico:
Domicilio:	Tipo de Vía	Nombre de la Vía	Núm. Letra Escal. Piso Pta.
Municipio	Provincia	Código Postal	Teléfono
<input type="checkbox"/>	- Persona discapacitada física, psíquica o sensorial que tiene reconocida una minusvalía igual o superior al 33% (Se adjunta/n certificado/s acreditativo/s)		
<input type="checkbox"/>	- Solicitud de adaptación.....		
2 DOCUMENTACIÓN A APORTAR			
<input type="checkbox"/>	Fotocopia compulsada DNI/ pasaporte/Documento acreditativo de residencia, en vigor		
<input type="checkbox"/>	Fotocopia compulsada del Título Oficial requerido en la Convocatoria (o credencial que acredite la homologación)		
<input type="checkbox"/>	Documento original acreditativo del pago de tasa por derechos de examen		
<input type="checkbox"/>	Otros:		
3 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA			
El/la abajo firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, que reúne las condiciones exigidas en la Convocatoria citada y que no padece enfermedad o defecto físico que imposibilite el normal ejercicio de las funciones a desempeñar.			
Ena.....de.....2017.			
Fdo:.....			

SR. PRESIDENTE DEL CABILDO INSULAR DE LA GOMERA

Anexo III
AUTOBAREMACIÓN

Experiencia	<p>En el mismo o similar puesto, en cualquiera de las Administraciones Públicas: 0,25 puntos por año completo de servicios.</p> <p>En el mismo o similar puesto, en cualquier otra Entidad o Empresa privada; 0,15 puntos por año completo de servicios.</p>			
Puesto desempeñado	Organismo	Periodo	Año/s	Puntos
		Del..... al.....		
		Del..... al.....		
		Del..... al.....		
		Del..... al.....		
		Del..... al.....		
		Del..... al.....		

Formación	<p>Menos de 10 horas:..... 0,05 puntos por curso</p> <p>De 10 a 20 horas:..... 0,10 puntos por curso</p> <p>De 21 a 30 horas:..... 0,15 puntos por curso</p> <p>De 31 a 40 horas:..... 0,20 puntos por curso</p> <p>De 41 a 60 horas: 0,25 puntos por curso</p> <p>De 61 a 100 horas:..... 0,30 puntos por curso</p> <p>De 101 a 300 horas:.... 0,35 puntos por curso</p> <p>De más de 300 horas:..... 0,40 puntos por curso</p> <p>Otros.....</p>			
Denominación Curso	Nº horas lectivas	Organismo Oficial o Centro homologado	Puntos	

Puntuación total



Anexo IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DATOS PERSONALES						
DNI/Pasaporte/NIE:	Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:			
Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad:	Correo electrónico:			
Domicilio:	Tipo de Vía	Nombre de la Vía	Núm.	Letra	Escal.	Piso Pta.
Municipio	Provincia	Código Postal	Teléfono			

DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/la abajo firmante **DECLARA** bajo mi responsabilidad:

(Nacionales españoles): no haber sido separado mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas, ni hallarse en inhabilitación absoluta o especial para empleo o cargo público por resolución judicial firme.

(Otra nacionalidad): no estar sometido a sanción disciplinaria o condena penal que impida, en mi Estado, el acceso a la función pública

En.....a.....de.....2017

Fdo:.....