



**SOLICITUD CONTRATACION AUXILIAR AYUDA A DOMICILIO 2019
AYUNTAMIENTO DE SOBRESCOBIO**

NOMBRE Y APELLIDOS:		NIF/TIE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	TFNO. DE CONTACTO:	
DOMICILIO:		Nº	Piso:
LOCALIDAD	C.P:	E-MAIL:	
DISCAPACIDAD			
<input type="checkbox"/> SÍ% <input type="checkbox"/> NO			

EL SOLICITANTE:

- Autoriza al Ayuntamiento de Sobrescobio a consultar los datos sobre el Informe de Vida Laboral
- Declara no padecer enfermedad o defecto físico que le impida el desempeño de las funciones propias del puesto de trabajo
- Declara no haber sido separado mediante expediente administrativo disciplinario del servicio de las administraciones públicas ni hallarse inhabilitado para el desempeño de funciones públicas por sentencia firme.
- Declara que se compromete a realizar los desplazamientos correspondientes por los domicilios de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio dentro del concejo, en caso de que no estuviese en posesión de carnet de conducir
- Solicita su admisión para participar en el proceso selectivo y declara bajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en ella.

En _____ a _____ de octubre de 2019

Fdo.: (Nombre y Apellidos del/la solicitante)