



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

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

**EL SOLICITANTE:**

- Autoriza al Ayuntamiento de Sobrescobio a consultar los datos sobre el Informe de Vida Laboral
- Declara que no padece enfermedad o defecto físico que le impida el desempeño de las funciones propias del puesto de trabajo
- 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 septiembre de 2019

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