**GERÈNCIA D’ATENCIÓ A URGÈNCIES SAMU 061 BALEARES/ *GERENCIA DE ATENCIÓN A URGENCIAS SAMU 061 BALEARS***

**Anexo 5**

Sol·licitud d’admissió a processos selectius per a la prova teórica tipus test i la prova pràctica del tipus MegaCode per als nomenaments temporals de la categoria d’infermera/er d’urgències d’Atenció Primària del SAMU 061 del Servei de Salut de les Illes Balears. / *Solicitud de admisión en procesos selectivos para la prueba teórica tipo test y la prueba práctica del tipo MegaCode para los nombramientos temporales de la categoría de enfermera/o de urgencias de Atención Primaria del SAMU 061 del Servicio de Salud de las Islas Baleares.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de publicació de la convocatòria  *Fecha de publicación de la convocatoria* | | | | | | | |  | | | | | | |
| Categoria a la qual em present  *Categoría a la que me presento* | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Dades personals / *Datos personales*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1r llinatge / 1.er*apellido* | | | 2n llinatge /*2.ºapellido* | | | | | | | Nom / *Nombre* | | | | |
| Núm. doc. identitat1  *N.º doc. Identidad* | | Data de naixement  *Fecha de nacimiento* | | | | | Nacionalitat  *Nacionalidad* | | | | Home / *Hombre* | | |  |
| Dona / *Mujer* | | |  |
| Domicili2  *Domicilio* |  | | | | | | | | | | | | | |
| Localitat  *Localidad* | | | Codi postal  *Código postal* | | | | | | | Municipi  *Municipio* | | | | |
| Telèfon  *Teléfono* | | | | Correu electrònic  *Correo electrónico* | | | | | | | | | | |
| Per a persones amb alguna discapacitat / *Para personas con alguna discapacidad* | | | | | | | | | | | | | | |
| Percentatge de discapacitat  *Porcentaje de discapacidad* | | | **%** | | | Adaptació que necessit  A*daptación que necesito* | | | | | |  | | |
| **Altres dades / *Otros datos*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Illa on vull fer l’examen teòric /  *Isla donde deseo hacer el examen teórico* | | | | | 🞏 Mallorca  🞏 Menorca  🞏 Eivissa / Ibiza | | | | Idioma de l’examen  *Idioma del examen* | | | | 🞏 Català / *catalán*  🞏 Castellà / *castellano* | |
| **Declaració / *Declaración*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Sol·licit que se m’admeti en el procés selectiu a què fa referència aquesta sol·licitud. Alhora, declar que són certes totes les dades consignades i que complesc les condicions exigides en la convocatòria i em compromet a provar-les documentalment. Així mateix, don consentiment perquè l’Administració tracti aquestes dades als efectes derivats d’aquesta convocatòria / *Solicito que se me admita en el proceso selectivo a que hace referencia esta solicitud. Al mismo tiempo, declaro que son ciertos todos los datos consignados y que cumplo las condiciones exigidas en la convocatoria y me comprometo a probarlas documentalmente. Asimismo, doy mi consentimiento para que la Administración trate estos datos a los efectos derivados de esta convocatoria.* | | | | | | | | | | | | | | |

**LLOC I DATA: FIRMA**

**SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS / *SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES***