

**Solicitud de participación en el proceso selectivo de profesor especialista
PRÓTESIS DENTALES**

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI O PASAPORTE
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO
DOCUMENTACIÓN PRESENTADA		
<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia del DNI o NIE • Fotocopia de la documentación presentada. 		
DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA		
<p>La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.</p> <p>En, a de de.....</p> <p align="center">EL/ LA SOLICITANTE</p> <p align="center">Fdo.:</p>		

A/A SR. DIRECTOR DEL CIPFP AUSIÀS MARCH