

**Solicitud de participación en el proceso selectivo de profesor especialista
HIGIENE BUCODENTAL**

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 escaneada de la documentación presentada.		
DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA		
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.		
En, a de de.....		
EL/ LA SOLICITANTE		
Fdo.:		

A/A SR. DIRECTOR DEL CIPFP AUSIÀS MARCH