

A LA SEÑOR/A PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL CALIFICADOR DEL PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN LA CATEGORIA DE DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

C/ SAGASTA, 6 – 28004

D/D^a.....con DNI.....

Y domicilio a efecto de notificaciones en.....

Municipio.....Provincia.....

DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA

SERVICIOS PRESTADOS:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

FORMACION/DOCENCIA/INVESTIGACION:

CURSO.....HORAS/CREDITOS

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

Madrid, a.....de de 20.....