



## ANEXO II/1

**SOLICITUD de participación** en el Concurso convocado por Resolución de fecha \_\_\_\_\_ (B.O.E. \_\_\_\_\_)

### DATOS PERSONALES

|   |                            |              |
|---|----------------------------|--------------|
| <b>N.I.F.:</b>  |                            |              |
| <b>Apellidos y Nombre:</b>  |                            |              |
| <b>Domicilio:</b>   |                            |              |
| <b>Localidad:</b>   | <b>Provincia:</b>          | <b>C.P.:</b> |
| <b>Teléfono de contacto (prefijo):</b> /  | <b>Correo electrónico:</b> |              |
| <b>Organismo de destino actual:</b>   |                            |              |
| <b>Provincia de destino actual:</b>   |                            |              |
| <b>Cuerpo:</b>  | <b>Grupo:</b>              |              |
| <b>Grado:</b>   | <b>NRP:</b>                |              |
| <input type="checkbox"/> Se autoriza el acceso a los datos del documento Certificado de Méritos generado en SIGP, con identificador, para valoración de la solicitud en el concurso |                            |              |
| <input type="checkbox"/> Si no han transcurrido DOS AÑOS desde la toma de posesión del último destino se acoge a la Base SEGUNDA, apartado ____                                     |                            |              |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Adaptación del puesto de trabajo por discapacidad (BASE TERCERA 2)</b>  |   |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |   |  |
| Tipo de discapacidad:  |   |  |
| Adaptaciones precisas (resumen):   |   |  |
| <b>Condiciona su petición por convivencia familiar.</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>              |   |  |
| <b>Familiar con DNI:</b> (BASE TERCERA 3) con la del funcionario con DNI:  |   |  |
| <b>Conciliación de la vida personal, familiar, laboral (BASE CUARTA I.5)</b>   |   |  |
| Solicita todos los puestos de acuerdo con lo señalado en dicha Base: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |   |  |
| <b>Cónyuge</b>   | <b>Cuidado de hijo/a</b>                                | <b>Cuidado de familiar</b><br>(Incompatible con cuidado de hijo/a) |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |
| DNI:   | Provincia:  | Mismo Municipio: <input type="checkbox"/>                          |
| Municipio:   | Municipio:  |  |
|  | Mejor atención menor:                                   |  |
| Fecha del matrimonio:  | Grado de discapacidad hijo/a:                           | Grado consanguinidad/afinidad del familiar                         |
|  | <input type="checkbox"/> Igual o superior 50%           | <input type="checkbox"/> 1º  |
| Fecha obtención destino definitivo cónyuge:  | Familia monoparental <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> 2º  |
|  | Familia numerosa <input type="checkbox"/>               | Grado discapacidad del familiar                                    |
|  |   | <input type="checkbox"/> Igual o Superior al 65%                   |

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

(FIRMA)

