



ANEXO 3 Modelo de solicitud

Destino	Dirección de la Gerencia del Hospital Universitari Son Espases
Código DIR 3	A004005003

Datos personales del solicitante			
Núm. identidad	doc.	Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Dirección postal			
Código postal		Localidad	
Provincia		Estado	
Dirección electrónica		Teléfono	

Datos profesionales del solicitante	
Especialidad	
Categoría	
Centre donde presta servicios	

Datos de la convocatoria			
Lugar de trabajo			
Gerencia			
Núm. del BOIB		Fecha del BOIB	

SOLICITO

Ser admitido/a como candidato/a en la convocatoria en la que hace referencia esta solicitud.

_____, ____ de _____ de 2024

[Rúbrica]



Documentación que se adjunta a la solicitud

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	