



Ayuntamiento
de Casillas
(ÁVILA)

Plaza España, 1
Telef.: 91 866 71 15
Fax: 91 866 70 73
05428 – Casillas (Ávila)
ayuntamiento@casillas.es

SOLICITUD SELECCIÓN APOYO CONSULTORIO MEDICO LOCAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: _____

INGRESOS MENSUELES BRUTOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: _____ €

SI EXISTE ALGUNA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL INDICAR:

Trabaja actualmente. SI NO

Discapacidad. SI NO

Familia numerosa. SI NO

Otros datos a destacar:

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran y la falsedad de los datos declarados conllevará la exclusión de la solicitud, para lo que se adjunta Curriculum Vitae actualizado

En Casillas a _____ de agosto de 2020

Fdo. _____

SRA. ALCALDESA DEL AYUNTAMIENTO DE CASILLAS