



FECHA DE REGISTRO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DE CONSULTA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE SUBSANACIÓN MÉRITOS EN CONCURSO DE TRASLADOS ABIERTO Y PERMANENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

Datos de la convocatoria

<b>Categoría</b>	<b>Ciclo</b>
------------------	--------------

Datos del Solicitante

<b>DNI/NIE</b>	<b>Nombre</b>		
<b>Primer apellido</b>		<b>Segundo apellido</b>	

Dirección y Datos de Contacto del Solicitante

<b>Dirección</b>			<b>Código postal</b>
<b>Municipio</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Teléfonos móviles</b>		<b>Dirección de correo electrónico</b>	

Expone

\_\_\_\_\_

Solicita

\_\_\_\_\_

Documentos aportados

<b>Nombre del fichero</b>	<b>Descripción</b>
---------------------------	--------------------

Méritos subsanado

Nombre del fichero	Fec. Ini	Fec. Fin	Centro	Categoría

Ejemplar para el interesado