



ANEXO II

PROCEDIMIENTO DE ACOPLAMIENTO INTERNO PREVIO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

AMBITO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

RESOLUCIÓN: _____

CATEGORÍA: _____

DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombre:

D.N.I:

Unidad Orgánica de la plaza básica desde la que se concursa:

.....

Nº Plaza:

Teléfonos de contacto:

Solicita ser admitido en la convocatoria de Acoplamiento Interno Previo aprobada por la resolución citada.

REQUISITO VASCUENCE: (solo cuando proceda)

_____ a _____ de _____ de _____

Firma del interesado/a