

SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ
OFERTA PÚBLICA D'Ocupació 2023 - 2024 - 2025
GRUP PROFESSIONAL 2 PERSONAL SANITARI

- ☐ CENTRE: HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANTA MARIA
☐ CENTRE: HOSPITAL COMARCAL DEL PALLARS

DADES PERSONALS DEL/ DE LA SOL·LICITANT

DNI /NIE:	
1r COGNOM:	
2n COGNOM:	
NOM:	
DOMICILI:	
CODI POSTAL:	LOCALITAT:
PROVÍNCIA:	
TELÈFON DE CONTACTE:	
CORREU ELECTRÒNIC:	

CATALÀ - ACREDITA CERTIFICAT

NIVELL C1 ☐ SI ☐ NO ☐

EXPOSICIÓ DELS FETS

Compleixo els requisits que es demanen en el procés a què correspon aquesta sol·licitud.

SOL·LICITUD

Demano que se m'admeti en el següent procés:

DESCRIPCIÓ CATEGORIA PROFESSIONAL:

- | | |
|---|---|
| ☐ INFERMER/A | ☐ TREBALLADOR/A SOCIAL |
| ☐ EDUCADOR/A SOCIAL | ☐ LOGOPEDA |
| ☐ FISIOTERAPEUTA | ☐ OPTOMETRISTA |
| ☐ FISIOTERAPEUTA CONVENI CDIAP | |

SOL·LICITUD ADAPTACIÓ PROCÉS SELECCIÓ ASPIRANTS AMB DISCAPACITAT

☐ SI (Adjuntar acreditació grau minusvalia)

NECESSITATS ESPECÍFIQUES PER ACCEDIR AL PROCÉS DE SELECCIÓ

--

SIGNATURA

Lleida, a de de 2026