**ANEXO III**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN CONVOCATORIAS PARA**

**CUBRIR PLAZAS DE PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. CONVOCATORIA** | | | | | | | | | ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRO | | |
| Categoría/Escala a la que aspira: | | |  | | | | | |  | | |
| Tipo: | Laboral |  | | Cupo Acceso: | General: | | | |
|  | Funcionario |  | | Discapacitado: | | D. Intelectual: | |
| Otros: | |
| **2. DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | |
| D.N.I./PASAPORTE/NIE (indicar letra) | | | | PRIMER APELLIDO | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | NOMBRE |
| F. NACIMIENTO | | | | SEXO  H       M | | | | NACIONALIDAD | | | |
| DISCAPACIDAD  Porcentaje....……. % | | | | | Adaptación solicitada | | | | | | |
| DOMICILIO: Calle/ Plaza/ Avenida y Número | | | | | | | | | | | |
| C. POSTAL | | | | DOMICILIO: Municipio | | | | | DOMICILIO: Provincia | | |
| TELÉFONO FIJO | | | | | TELÉFONO MÓVIL | | | | | TELÉFONO (OTRO) | |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO 2 | | | | | |
| TITULACIÓN DE ACCESO | | | | | | | | | | FECHA DE OBTENCIÓN | |
| **3. MEDIO DE NOTIFICACIÓN** (Indicar medio notificación)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | AUTORIZO a que se me comuniquen mediante el sistema de notificación de la Universidad de Huelva (Dirección Electrónica  Habilitada) aquellas notificaciones relativas a mi solicitud, de conformidad con el artículo 41.1 de la Ley 39/2015. | | | | | | | | | | | | | | | |  | Deseo ser notificado/a por correo postal | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de vía | | |  | | | Nombre vía | |  | | | | | Nº |  | | Piso |  | Puerta | |  | CP | |  | | Localidad |  | Provincia |  | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona abajo firmante solicita ser admitida a las pruebas a que se refiere la presente instancia y DECLARA BAJO JURAMENTO O PROMESA que son ciertos todos los datos consignados en la misma y que toda la documentación presentada y relacionada en la solicitud es copia fiel de los documentos originales. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad de quien la suscribe, sin perjuicio de que se puedan requerir los oportunos documentos originales que acrediten la presente declaración. | | | | | | | | | | | |
| FIRMA  Fdo.: ……………………………….……….………………..  La persona abajo firmante autoriza a la Universidad de Huelva a recabar telemáticamente de las bases de datos de la Junta de Andalucía los datos de acceso a datos de discapacidad, en su caso.  FIRMA  Fdo.: ……………………………….……….………………..  Huelva, ………, de …………………………… de 20…… | | | | | | | | | | | |
| **SRA. RECTORA MAGNÍFICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA** | | | | | | | | | | | |