G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Model de sol·licitud per presentar al·legacions a la llista provisional de persones admeses i de persones excloses de la categoria: .....

Modelo de solicitud para presentar alegaciones a la lista provisional de personas admitidas y de personas excluidas de la categoría: .....

SOL·LICITANT/*SOLICITANTE*		
Nom i llinatges/ *Nombre y apellidos*:		
DNI:		
Adreça de notificació/*Dirección de notificación*:		
Localitat/*Localidad*:	**Codi Postal/*Código postal*:**	**Municipi/*Municipio*:**
Província/*Província*:	**País:**	
INFORMACIÓ ADDICIONAL/*INFORMACIÓN ADICIONAL*		
Telèfon/Teléfono:	**FAX:**	**Adreça electrònica/*Dirección electrònica*:**

AL·LEGACIONS/ *ALEGACIONES:*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Si necessita més espai, pot seguir en el dors de la sol·licitud / *Si necesita más espacio, puede seguir en el dorso de la solicitud*.)

DOCUMENTACIÓ APORTADA/DOCUMENTACIÓN APORTADA:

- .....
- .....
- .....

Palma, a d de 20 (Signatura/*firma)*

DESTINATARI/DESTINATARIO:
Unitat de Selecció del Servei de Salut (ib-salut)
SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS
C/ De la Reina Esclarmunda, 9
07003 Palma de Mallorca