



**Ayuntamiento de Casillas**

---

**SOLICITUD SELECCIÓN  
AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**TITULACIÓN Y EXPERIENCIA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adjuntar fotocopia DNI.

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran y la falsedad de los datos declarados conllevará la exclusión de la solicitud

En Casillas a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Fdo. \_\_\_\_\_

**SRA. ALCALDESA DEL AYUNTAMIENTO DE CASILLAS**