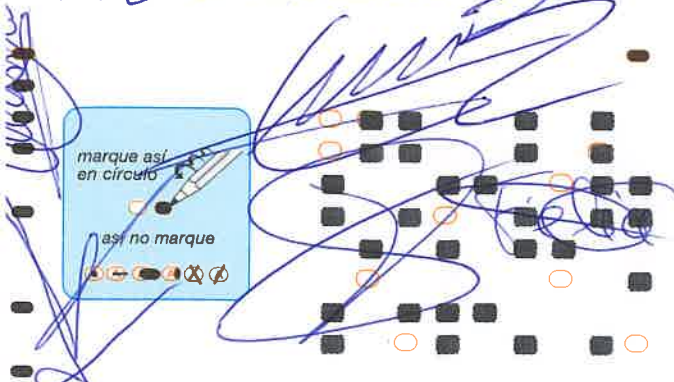




PLAZA ENFERMERO LIBRE



Apellidos _____

Nombre _____ Fecha 23/02/2024

Firma _____

(Por favor, al firmar no sobrepase la zona sombreada)

MUY IMPORTANTE: LEA LAS INSTRUCCIONES DEL DORSO ANTES DE CUMPLIMENTAR EL DOCUMENTO

11 ANULAR	31 ANULAR	51 ANULAR	71 ANULAR	91 ANULAR
12 ANULAR	32 ANULAR	52 ANULAR	72 ANULAR	92 ANULAR
13 ANULAR	33 ANULAR	53 ANULAR	73 ANULAR	93 ANULAR
14 ANULAR	34 ANULAR	54 ANULAR	74 ANULAR	94 ANULAR
15 ANULAR	35 ANULAR	55 ANULAR	75 ANULAR	95 ANULAR
16 ANULAR	36 ANULAR	56 ANULAR	76 ANULAR	96 ANULAR
17 ANULAR	37 ANULAR	57 ANULAR	77 ANULAR	97 ANULAR
18 ANULAR	38 ANULAR	58 ANULAR	78 ANULAR	98 ANULAR
19 ANULAR	39 ANULAR	59 ANULAR	79 ANULAR	99 ANULAR
20 ANULAR	40 ANULAR	60 ANULAR	80 ANULAR	100 ANULAR
1 ANULAR	21 ANULAR	41 ANULAR	61 ANULAR	81 ANULAR
2 ANULAR	22 ANULAR	42 ANULAR	62 ANULAR	82 ANULAR
3 ANULAR	23 ANULAR	43 ANULAR	63 ANULAR	83 ANULAR
4 ANULAR	24 ANULAR	44 ANULAR	64 ANULAR	84 ANULAR
5 ANULAR	25 ANULAR	45 ANULAR	65 ANULAR	85 ANULAR
6 ANULAR	26 ANULAR	46 ANULAR	66 ANULAR	86 ANULAR
7 ANULAR	27 ANULAR	47 ANULAR	67 ANULAR	87 ANULAR
8 ANULAR	28 ANULAR	48 ANULAR	68 ANULAR	88 ANULAR
9 ANULAR	29 ANULAR	49 ANULAR	69 ANULAR	89 ANULAR
10 ANULAR	30 ANULAR	50 ANULAR	70 ANULAR	90 ANULAR

PREGUNTAS RESERVA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tipos de acceso

Libre Promoción interna Discapacitado

Ejemplo D.N.I.

2	5	8	9	0	3	1
---	---	---	---	---	---	---

D.N.I.

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Consiento expresamente en la corrección de esta prueba, por medios manuales o mecánicos, y en la incorporación de sus resultados a un fichero automatizado, con los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/99 de protección de datos, y me doy por enterado de mi derecho a acceder a la información contenida en el mismo, rectificarla o cancelarla en lo que me afecte.