

## Reclamación de los listados provisionales del Concurso de Traslados para plazas de Personal Estatutario del Servicio Madrileño de Salud

### 1.- Datos de la categoría

Categoría solicitada	MÉDICO DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA
----------------------	--

### 2.- Datos del interesado:

NIF/ NIE		Pasaporte*		Nombre	
Primer Apellido					
Segundo Apellido					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº/Km	
Piso		Puerta		CP	
Localidad					
Provincia				País	
Correo electrónico					
Teléfono Fijo				Teléfono Móvil	
Nacionalidad				Fecha de Nacimiento	

\*Cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de NIF/NIE.

### 3.- Datos de el/la representante:

NIF/ NIE		Nombre		Razón social	
Primer Apellido				Segundo Apellido	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo electrónico					

### 4.- Datos de la reclamación:

<input type="checkbox"/>	<b>NO APARECER NI ADMITIDO NI EXCLUIDO</b> Deberá adjuntar la solicitud registrada.	
<input type="checkbox"/>	<b>APARECER EXCLUIDO</b> Deberá adjuntar la documentación que subsane la causa de exclusión.	
<input type="checkbox"/>	<b>RECLAMACIÓN DE PUNTUACIÓN *</b>	
	Experiencia profesional	Puntos reclamados

\* En la reclamación por puntuación no se debe presentar ninguna documentación, ya que es una reclamación sobre una documentación ya presentada.

En ....., a..... de ..... de.....

**FIRMA**

**DESTINATARIO**