**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Oaxaca de Juárez Oax., a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CC. INTEGRANTES DE LA COMISION AUXILIAR**

**MIXTA DE ESCALAFON DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**

Por este conducto me permito solicitar mi inscripción al Concurso Escalafonario que se ha convocado, del siguiente código vacante:

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PLAZA VACANTE** |
| NOMBRE DE QUIEN DEJA LA PLAZA VACANTE:  |  |
| CLAVE PRESUPUESTAL:  |  |
| LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:  |  |
| DESCRIPCION DEL PUESTO:  |  |
| MOTIVO:  |  |
| FECHA DE LA VACANTE:  |  |
| JORNADA:  |  |

Mis datos personales son:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE: |  |
| CLAVE PRESUPUESTAL:  |  |
| LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:  |  |
| FECHA DE INGRESO: |  |
| PERFIL ACADÉMICO: |  |
| TELÉFONO LOCAL/CELULAR |  |
| CORREO ELECTRONICO |  |

**Anexar copia de:**

1. **Talón de Pago**
2. **Nombramiento**
3. **Identificación oficial**

Sin otro particular por el momento, agradezco la atención prestada a la presente.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE**