

ÚNICA INSTANCIA PARA TODOS LOS CUERPOS

Registro de Entrada

	GESTIÓN	TRAMITACIÓN	AUXILIO	MÉDICO FOR.
PALMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENORCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBIZA/FORMENTERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTICIPACIÓN EN ALGUNA DE LAS 2 ÚLTIMAS PRUEBAS SELECTIVAS: SI NO
 TRABAJA ACTUALMENTE COMO INTERINO EN LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA: SI NO Indicar Cuerpo:

1.- DATOS PERSONALES

DNI	APELLIDOS	NOMBRE	
DIRECCIÓN		C.P.	LOCALIDAD
FECHA NACIMIENTO	TELÉFONO MÓVIL	OTRO TELÉFONO	Si opta por el cupo de discapacitados, marque con "X" este recuadro <input type="checkbox"/> (APORTAR Grado de Discapacidad y Certificado de APTITUD por el Órgano competente)
EMAIL (en mayúsculas):			

2.- TITULACIONES (SOLO SE APORTARÁ LA TITULACIÓN SUPERIOR QUE POSEA / MÁS ALTA CONSEGUIDA)

<input type="checkbox"/> Licenciatura en Derecho	<input type="checkbox"/> Diplomatura en Derecho, Criminología o Relaciones Laborales	<input type="checkbox"/> Otra Licenciatura
<input type="checkbox"/> Otra Diplomatura	<input type="checkbox"/> Título de Bachiller o equivalente	<input type="checkbox"/> Título Graduado E.S.O. / Graduado Escolar-Estudios Primarios (anterioridad 1976) o equivalente

3.- INFORMÁTICA (BASE CUARTA. 2.C)

Cursos Informática

4.- SERVICIOS PRESTADOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

ÁMBITO ESTA GERENCIA: Gestión Tramitación Auxilio Médico Forense Juez Fiscal Letrado AJ

ÁMBITO OTRA GERENCIA (APORTAR CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DEL ORGANISMO CORRESPONDIENTE)

Gestión Tramitación Auxilio Médico Forense Juez Fiscal Letrado AJ

5.- EJERCICIOS SUPERADOS EN ALGUNA DE LAS DOS ÚLTIMAS OPOSICIONES CELEBRADAS

CUERPO	AÑO	SUPERÓ EL 1º EJERCICIO	SUPERÓ EL 2º EJERCICIO
GESTIÓN	2013	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	2015	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
TRAMITA.	2011	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	2015	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
AUXILIO	2011	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	2015	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
MÉD. F	2008	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	2010	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

El interesado declara que reúne las condiciones generales y específicas exigidas en los artículos 5 y 6 de la Orden JUS/2296/2005; BOE (16/07/05)

Fecha y firma

No escriba por debajo de esta línea

Instancia incompleta por: <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Isla <input type="checkbox"/> Datos Personales					Exclusiones: <input type="checkbox"/> Fuera Plazo <input type="checkbox"/> Oposiciones <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Titulación <input type="checkbox"/> Mecanografía <input type="checkbox"/> No español <input type="checkbox"/> Otros
	GESTIÓN	TRAMITA.	AUXILIO	MÉDICO F.	
Informática					
Titulación					
Oposiciones				Letrado/Juez/Fiscal	
Experiencia					

Anexo II

D./D^a.: _____

D.N.I.: _____

Con domicilio en la calle _____,

de _____, da su consentimiento para que el órgano gestor del proceso selectivo correspondiente a la convocatoria de bolsas de trabajo de la Gerencia de Justicia de las Illes Balears, para cuyo proceso presenta solicitud de participación, pueda acceder para consulta y verificación de mis datos personales de identidad a los archivos, bases de datos u otros fondos documentales obrantes en la Administración que contienen dichos datos.

Fecha: _____ de _____ de 2018

(Firma)

Gerencia Territorial de Justicia en las Illes Balears

Carrer de la Posada de la Real, 6, 07003, Palma, las Illes Balears