**A N E X O V**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ACREDITACIÓN DE MÉRITOS Y OTROS JUSTIFICANTES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REFERENCIA** | | **FIT 29\_\_2019** | | | | |
| Nombre y apellidos \* | DNI/NIF \* | | | Telf. fijo | | Telf. móvil |
|  |  | | |  | |  |
| Domicilio a efectos de notificaciones \* | Número | | Piso | Puerta | | Código postal |
|  |  | |  |  | |  |
| Localidad | Municipio | | Provincia | | País | |
|  |  | |  | |  | |
| Correo electrónico |  | | | | | |
| Relación de méritos que se acompañan | |  | | | | |
| 1. Apartado A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Apartado B \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Apartado C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Apartado D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | | | | | | |
| Justificante de exención/ bonificación de la tasa: | |  | | | | |
| 1. Acreditación de discapacidad [[1]](#footnote-1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Carnet de desempleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Carnet joven \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | | | | | | |
| SOLICITO  Que se incorporen a mi solicitud de admisión al procedimiento extraordinarios para la selección de personal interino presentada, de la que acompaño copia, los documentos acreditativos de los méritos relacionados. | | | | | | |

**Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud, así como los documentos acreditativos de los méritos relacionados.**

………..………., a…….. de …………………..de ………….

(Firma)

**EXCMO. SR. CONSEJERO DE PRESIDENCIA Y HACIENDA DE LA REGIÓN DE MURCIA**

1. *Si, autorizo en la solicitud al Órgano administrativo competente a obtener, de forma electrónica o por otros medios la acreditación de discapacidad. Si esta ha sido expedida por el Instituto Murciano de Acción Social de la Región de Murcia (IMAS), no tendrá que aportarla* [↑](#footnote-ref-1)