BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 219

Martes 10 de septiembre de 2024

Sec. II.B. Pág. 112478

ANEXO II

Solicitud de participación en el concurso general para la provisión de puestos

de trabajo en el Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Seguridad Social

(Ministerio de Trabajo y Economía Social), convocado por Resolución

de fecha ................................. (BOE ..........................)

I: Datos personales

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

NIF/NIE

Domicilio (Calle o plaza y número)

Código postal

Fecha de nacimiento:

Sexo:

□

□

Día

Mes

Año

Hombre

Mujer

Teléfonos de contacto

Localidad

Provincia

Correo electrónico

II: Datos profesionales

Cuerpo o Escala

NRP

Grupo

Grado

Situación Administrativa Actual



Activo

 Otras (especificar) ....................................................................................

Destino definitivo

Destino provisional o en Comisión de Servicios

Denominación del puesto Fecha toma de posesión

Denominación del puesto

Fecha toma de posesión

Ministerio, Organismo o Autonomía

Ministerio, Organismo o Autonomía

Nivel

Localidad

Provincia

Nivel

Localidad

Provincia

Adaptación puesto por discapacidad

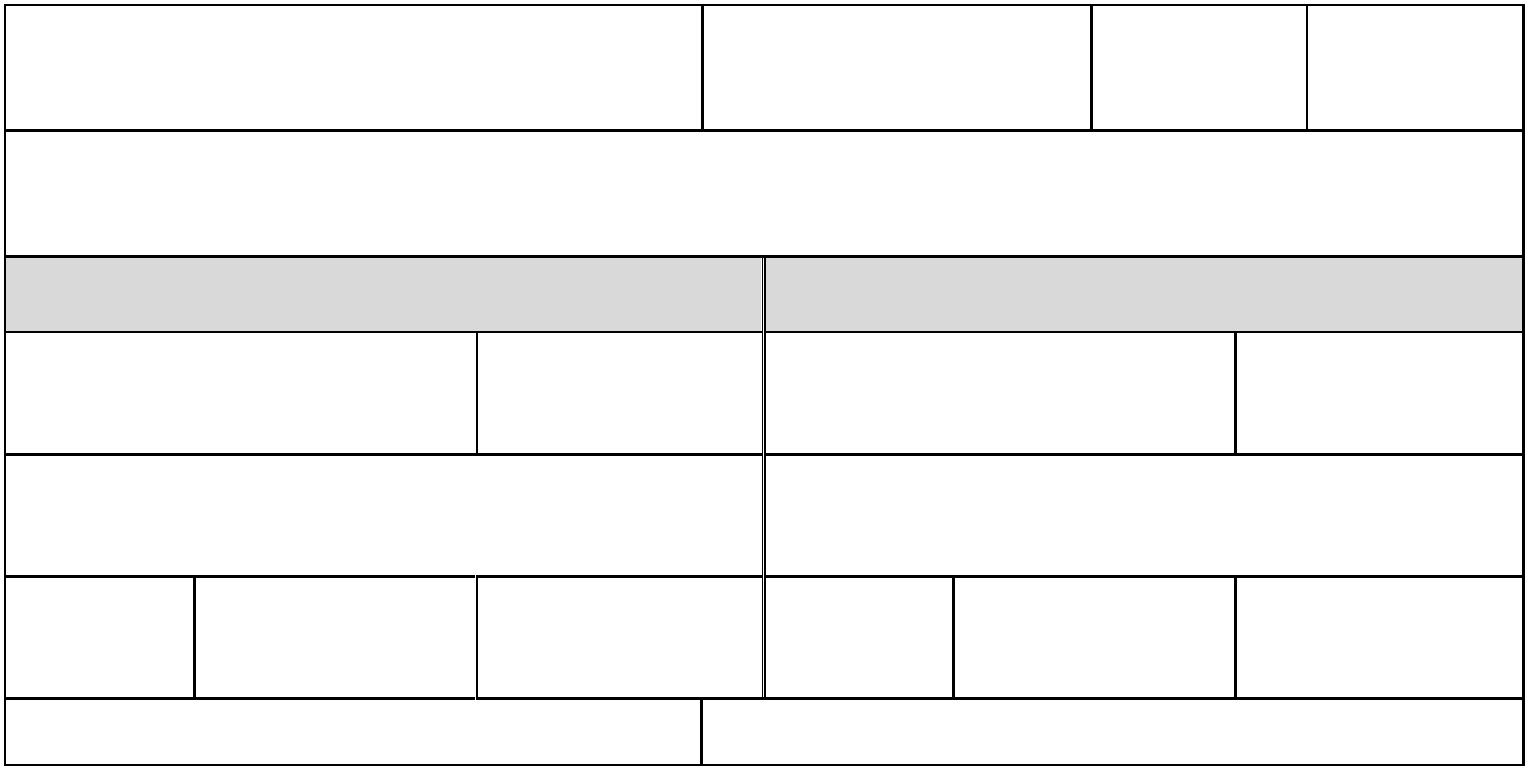
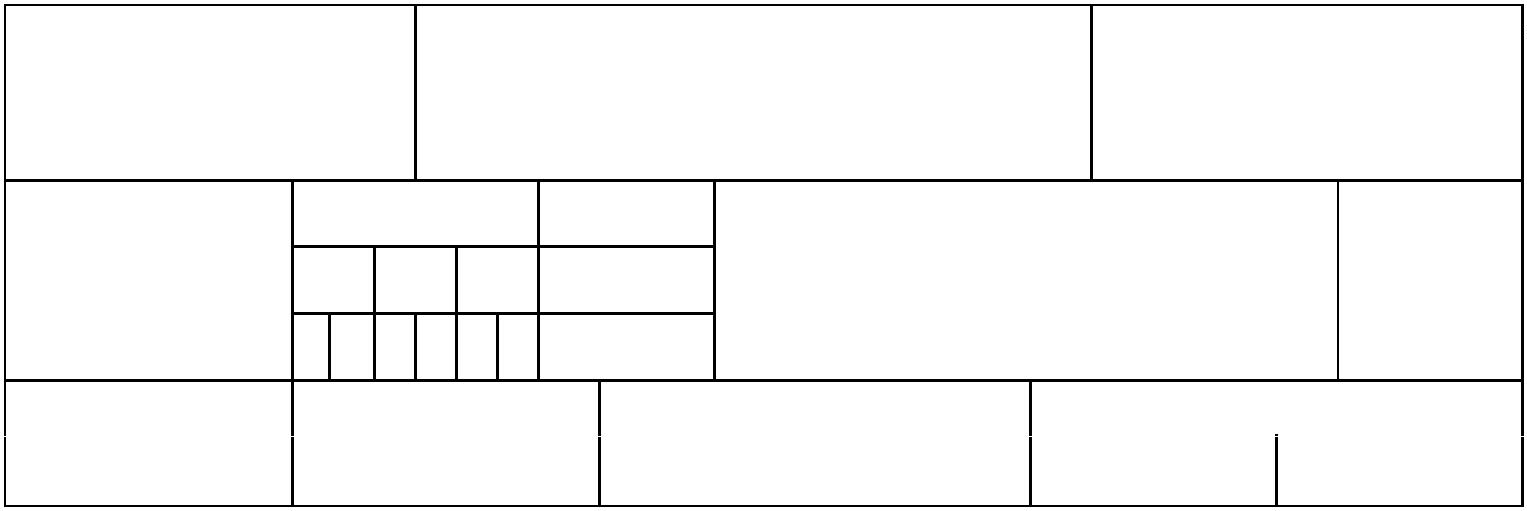


SI

 NO

Solicitud condicional convivencia familiar  SI

 NO



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 219

Martes 10 de septiembre de 2024

Sec. II.B. Pág. 112479

Destinos especificados por orden de preferencia

Or. pref.

N. orden

Anexo (indíquese A ó B)

Denominación puesto de trabajo

Nivel

C. Espec. anual

Localidad

Cursos

Imp / Rec.

Grado

Nivel

Antigüedad

Conciliación vida personal, familiar y laboral

Dest. Cónyuge Cuid. familiar o hijos

Total

RESERVADO

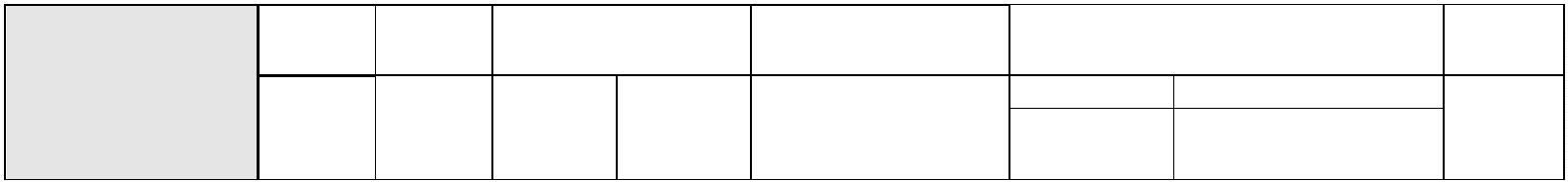
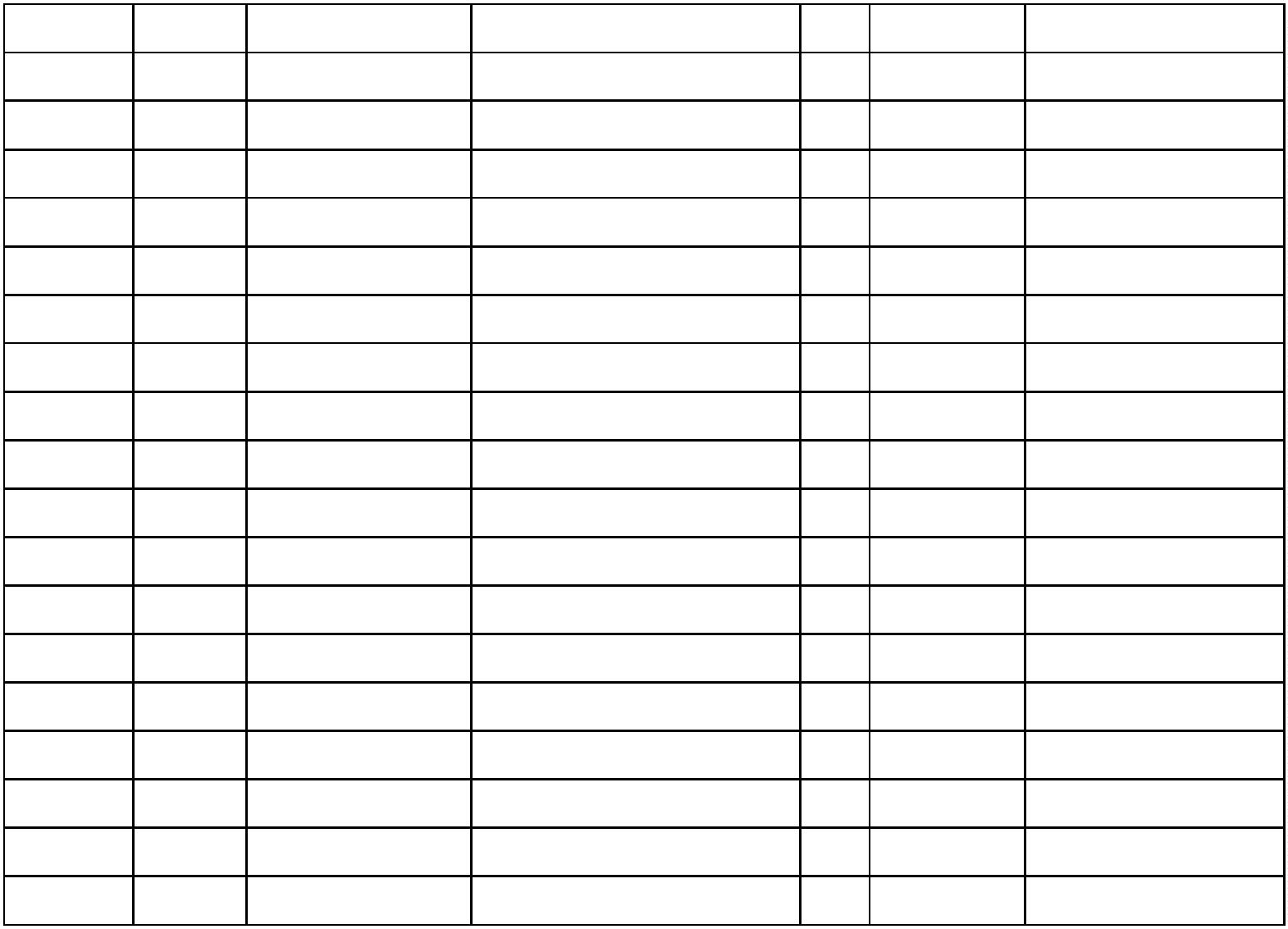
ADMINISTRACIÓN

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

Firma,

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL- P.º Castellana, n.º 63 - 28071 MADRID

(Secretaría General del Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Seguridad Social)



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 219

Martes 10 de septiembre de 2024

Sec. II.B. Pág. 112480

ANEXO III

Certificado de Méritos

Don/Doña:

Cargo:

Ministerio u Organismo:

Certifica que el funcionario abajo indicado tiene acreditado los siguientes extremos:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO

DNI:

Apellidos y nombre:

Cuerpo o Escala:

Grupo/Subgrupo:

Orden P.S.:

Fecha ingreso:

NRP:

Grado consolidado (1):

Fecha orden:

Antigüedad (basada en trienios):

Admón. a la que pertenece (2):

Fecha consolidación:

Fecha boletín oficial:

años,

meses, días, a fecha de …………………………………………………

Titulaciones (3):

2. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

Tipo:

Modalidad:

Fecha:

3. DESTINO

3

.1. DESTINO DEFINITIVO

Denominación del puesto

Unidad de destino

Nivel del puesto

Fecha de toma de posesión

Municipio

Municipio

3

3

.2. DESTINO PROVISIONAL

Nivel

puesto

Fecha toma

de posesión

Forma de

ocupación

Denominación del puesto

Unidad de Destino

.3. TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL NIVEL DESDE EL QUE SE CONCURSA:

Años,

Meses,

Días.

4. MÉRITOS

4

.1. PUESTOS DESEMPEÑADOS EXCLUIDO EL DESTINO ACTUAL

Denominación del puesto

Unidad asimilada

C. Directivo

N. puesto

Años

Meses

Días

4

4

.2. CURSOS

Denominación del curso

Centro que lo impartió

N.º Horas

Año

Imp./Rec.

.3. ANTIGÜEDAD: Tiempo de servicios reconocidos

Admón.

Cuerpo o Escala

Gr./Sb.

Años

Meses

Días

Lo que expido a petición del interesado/a y para que surta efectos en el concurso………………. convocado por Resolución de ……………..

de fecha ………………BOE de …………………

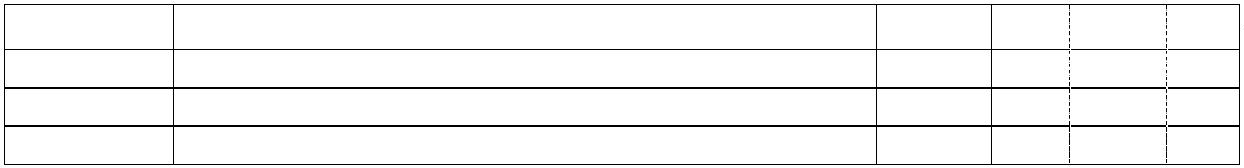
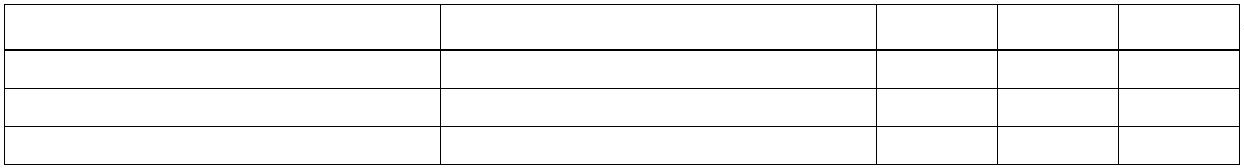
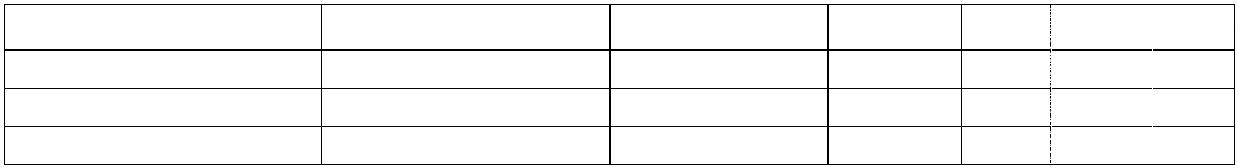
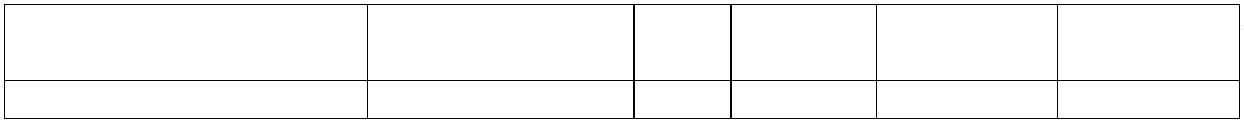
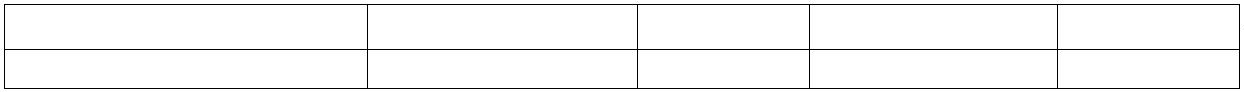
En ……………….., a …………de………………de …….

(firma y sello)

OBSERVACIONES AL DORSO

SI

NO



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 219

Martes 10 de septiembre de 2024

Sec. II.B. Pág. 112481

Observaciones (4)

Firma y Sello

INSTRUCCIONES

(1)

(2)

De hallarse el reconocimiento del grado de tramitación, el interesado deberá aportar certificación exigida por el órgano competente.

Especifique la Administración a la que pertenece el Cuerpo o Escala, utilizando las siguientes reglas:

C – Administración de Estado

A – Autonómica

L – Local

S – Seguridad Social

(3)

(4)

Sólo cuando consten en el expediente, en otro caso, deberán acreditarse por el interesado mediante la documentación

correspondiente.

Este espacio o la parte no utilizada del mismo deberá cruzarse por la autoridad que certifica.



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 219

Martes 10 de septiembre de 2024

Sec. II.B. Pág. 112482

ANEXO IV

Certificado de funciones

Don/doña ………………………………………………………………………………………

Cargo: …………………………………………………………………………………………

Certifico que:

Don/doña

……………………………………………………………………………………

ha ocupado el puesto de: ………………………………………………, con nivel ………,

adscrito a la (S.G. o unidad asimilada) …………………………………………………………

desde ……………………………………, hasta ……………………………, desempeñando

las siguientes funciones:

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

–ꢀ

En ………………………, a …… de ……………………… de 20……

ꢁ

Firma de la persona titular de la unidad

https://www.boe.es

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

D. L.: M-1/1958 - ISSN: 0212-033X

