A N E X O II

Concurso 1/2023

Solicitud de participación en el concurso para la provisión de puestos de trabajo en el Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Economía social, convocado por Resolución de fecha ................................. (B.O.E. ..........................).

I: Datos Personales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| NIF/NIE | Fecha de nacimiento: | Sexo: | Domicilio (Calle o Plaza y número) | Código Postal |
| Día | Mes | Año | Hombre | □ |
|  |  |  |  |  |  | Mujer | □ |
| Localidad | Provincia | Correo Electrónico | Teléfonos de contacto |
|  |  |

II: Datos Profesionales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cuerpo o Escala | N.R.P. | 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  |

Destinos Especificados por Orden de Preferencia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Or. Pref. | N. Orden | Anexo (indíquese A ó B) | Denominación puesto de trabajo | Nivel | C.Espec. anual | Localidad |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ReservadoAdministración | Grado | Nivel | CursosImp / Rec | Antigüedad | Conciliación vida personal, familiar y laboral | Total |
|  |
|  |  |  |  | Dest. Cónyuge | Cuid. Familiar o hijos |  |
|  |  |

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

Firma,

MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL- Pº Castellana, nº 63 - 28071 MADRID
(Secretaría General del Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Seguridad Social)