

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con NIF/NIE n.º \_\_\_\_\_ con domicilio \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_.

**EXPONE :**

Que habiendo formulado solicitud para participar en los procesos selectivos convocados por Resolución de fecha \_\_\_\_\_, en la Categoría/Especialidad \_\_\_\_\_, el/la que suscribe figura excluido/a en la relación expuesta por Resolución de la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud, de fecha \_\_\_\_\_, por la causa o causas que a continuación se señalan (marcar con una **x** la casilla o casillas correspondientes):

<input type="checkbox"/> Falta requisito nacionalidad	<input type="checkbox"/> Falta categoría/especialidad	<input type="checkbox"/> Falta municipio
<input type="checkbox"/> Edad insuficiente	<input type="checkbox"/> Cat/Esp no convocada o inexis.	<input type="checkbox"/> Instancia sin firmar
<input type="checkbox"/> Edad de jubilación forzosa	<input type="checkbox"/> Falta NIF / NIE	<input type="checkbox"/> Falta titulación
<input type="checkbox"/> Titulación indebida	<input type="checkbox"/> Nombre incompleto	<input type="checkbox"/> Fuera de plazo
<input type="checkbox"/> Varias causas	<input type="checkbox"/> Falta fecha nacimiento	<input type="checkbox"/> No ha presentado instancia
<input type="checkbox"/> Instancia no oficial	<input type="checkbox"/> Falta domicilio	<input type="checkbox"/> No ha presentado titulación
<input type="checkbox"/> Pertener a la misma Cat/Esp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En consecuencia, formula las siguiente alegaciones, o consigna, en su caso, los datos que se han omitido en la instancia y que han originado la exclusión:

.....

.....

.....

.....

Por lo expuesto, y a la vista de las alegaciones formuladas o subsanación realizada, solicito se me incluya en la relación de aspirantes admitidos pertenecientes a la Categoría/Especialidad \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_.  
(firma)