Anexo I

|  |  |
| --- | --- |
| ***DATOS PERSONALES*** | |
| *APELLIDOS* | *NOMBRE* |
| *DNI* | *TELÉFONO:* |

|  |  |
| --- | --- |
| ***REQUISITOS IMPRESCINDIBLES***  *Marcar con una* ***X*** *si es de aplicación y adjuntar la documentación correspondiente para su acreditación* | |
| *Ser nacional de un estado miembro de la Unión Europea o extranjero con residencia legal en España y permiso de trabajo en vigor.* |  |
| *Formación Profesional o titulación universitaria* |  |

***REQUISITOS VALORABLES:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***FORMACIÓN REGLADA*** | | |
| ***Denominar la titulación o titulaciones donde aplique*** | | ***PUNTUACIÓN*** |
| ***TITULACIÓN UNIVERSITARIA*** | |  |
|  |
| ***MÁSTER UNIVERSITARIO*** | |  |
| ***EXPERIENCIA*** | | |
| ***Se valorará a razón de 1 punto por cada año completo de experiencia relacionada con lo indicado en las bases*** | | ***PUNTUACIÓN*** |
| ***Nº de años trabajados:*** | |  |
| ***CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN COMPLEMENTARIA*** | | |
| ***BAREMO SEGÚN LAS HORAS DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN A VALORAR según la cláusula QUINTA, 5.1. B*** | | ***PUNTUACIÓN*** |
|  | ***Nº DE HORAS*** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***DISCAPACIDAD:***  *Certificado de discapacidad = o superior a 33% = 2 puntos* | |  |
| ***TOTAL*** | |  |
| ***D/Dña. ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………MANIFIESTA:***   * **Que cumple con los requisitos imprescindibles establecidos en la cláusula tercera.** * **Que todos los datos aquí reflejados son ciertos y que posee la documentación suficiente para acreditarlo.**   ***Fecha y firma:*** | | |