GOBIERNO
de
CANTABRIA

Consejería de Sanidad
y Servicios Sociales

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD SCS

ANEXO III

DECLARACIÓN DE NO TENER LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN LA MISMA CATEGORÍA A LA QUE SE OPTA

D/Dª ……, con DNI/NIE Nº……, domicilio en…….....C.P..... C/……...……Nº……, teléfono……, aspirante a ser incluido en la lista de selección de personal estatutario temporal de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria de la categoría de…….. …….....

DECLARA, a efectos de su inclusión en la lista de selección de personal estatutario temporal de la mencionada categoría, que no tiene la condición de personal estatutario fijo en dicha categoría en cualquier Servicio de Salud del Sistema Nacional de Salud.

Santander, de de 201_
(Firma)