

A/A DEL TRIBUNAL CALIFICADOR DEL PROCESO
SELECTIVO DE SACYL. GERENCIA ATENCION
PRIMARIA DE LEÓN (C/ Abad Viñayo, s/n 24008)

D./Dña.: _____

___ con DNI Núm. _____

teléfono _____ Y domicilio a efectos de notificaciones en
calle

número _____ de la localidad de _____

CP _____ Provincia de _____

Como participante en el proceso selectivo para el acceso libre o discapacidad a la condición de personal estatutario fijo de Sacyl en la categoría de TCAE , ante este Tribunal Calificador Gerencia de Atención Primaria de León cuya dirección es C/ Abad Viñayo, s/n 24008 LEÓN comparezco y, como mejor proceda, DIGO:

- Que no aparezco en los listados publicados y que tal omisión es errónea y ha de rectificarse, por haber presentado todos mis méritos en tiempo y forma tal y como se prueba en la documentación que adjunto.
- No estoy de acuerdo con la puntuación que figura, ya que mi baremación asciende a..... tal y como se puede observar en la documentación que adjunto.

Firma

Fdo.: _____

En _____ a _____ de diciembre de 2017