

## **ANEXO I-INSTANCIA PROCESO SELECTIVO**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI/NIE núm. \_\_\_\_\_, de \_\_\_ años de edad, nacido/a en \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, lugar a efectos de notificaciones: calle \_\_\_\_\_, población \_\_\_\_\_, C.P.\_\_\_\_\_. Medio preferente para recibir notificaciones \_\_\_\_\_

### **EXPONE:**

Que enterado/a de la convocatoria de la convocatoria de proceso selectivo de .....

### **MANIFIESTO:**

1. Que a fecha de expiración del plazo de presentación de instancias reúno todos y cada uno de los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria, comprometiéndome a acreditarlos posteriormente en el caso de ser seleccionado/a.
2. Que me comprometo a prestar juramento o promesa, tal como establece el art. 68.1-c de la Ley 4/2021, de 16 de abril, de la Función Pública Valenciana.
3. Que acompaño a la instancia:
  - Justificante acreditativo de haber abonado en la Tesorería del Ayuntamiento, el importe de .... euros, como derechos de examen, de conformidad con la Ordenanza Fiscal Reguladora de la Tasa de prestación de servicios.
  - Los documentos originales o fotocopias compulsadas acreditativas de los méritos que se alegan y hayan de servir de base para la aplicación de las tablas de méritos del concurso.
  - La autobaremación y el índice de los méritos alegados.
4. Que tengo una discapacidad de la clase \_\_\_\_\_, y con un grado de discapacidad del \_\_\_\_%, por lo que me comprometo a presentar, si fuese llamado para ser nombrado como funcionario interino, certificación de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, u órgano competente del Estado o de otras comunidades autónomas que acredite tal condición, así como mi capacidad para desempeñar las tareas correspondientes a la plaza objeto de la presente solicitud.

### **SOLICITO**

- A. Ser admitido/a a las pruebas selectivas de referencia.
- B. Que como consecuencia de la discapacidad que me afecta, solicito del órgano técnico de selección me facilite las adaptaciones posibles de tiempo y medios para la realización de las pruebas, y que a continuación se señalan:

---

---

---

En Buñol, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202...

Fdo.: \_\_\_\_\_

SRA. ALCALDESA DEL AYUNTAMIENTO DE BUÑOL. \_\_\_\_\_

**PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:** En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, el Ayuntamiento de Buñol le informa que sus datos personales aportados en este formulario serán incorporados en un fichero titularidad del mismo Organismo, con la finalidad de la gestión de los servicios objeto del formulario ofrecidos por este Ayuntamiento en su ámbito de sus funciones. También se informa que, en los términos previstos por la legislación vigente, se podrán ceder datos a otras administraciones, Entes Públicos Municipales, de carácter público o privado, y Órganos de Control. Si lo desea, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como a la retirada del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, mediante solicitud formulada ante la sede electrónica del Ayuntamiento de Buñol, y en cualquiera de los puntos de registro de entrada del mismo.