

(Sólo cumplimentar por los excluidos por instancia sin firmar)

D/D^a. _____,

con NIF / NIE N^o. _____

DECLARA:

Que son ciertos los datos consignados en la instancia presentada ante el Secretario General del Servicio Extremeño de Salud, con n^o. de Registro _____ de fecha _____, para participar en los procesos selectivos de personal en la Categoría/Especialidad _____, convocadas por Resolución de fecha _____ y que reúne las condiciones exigidas en la convocatoria citada.

En _____ a _____ de _____ 20____

(firma)