

FULL DE RECLAMACIÓ

LLISTA PROVISIONAL DE PERSONES ADMESES I EXCLOSES

COGNOMS I NOM: _____

DNI: _____

CATEGORIA: D'auxiliar administratiu/iva

CONVOCATÒRIA: AUX.ADM-LLIURE-2018

EXPOSA:

DEMANA:

Lloc, data i signatura

UNITAT DE SELECCIÓ I PROVISIÓ DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT