



**FORMULARIO CONVOCATORIA CONTRATACION
FIIBAP-0218**

Por favor, conteste las siguientes preguntas, y una vez cumplimentado hágalo llegar a la **por mail a la dirección: fiibap@salud.madrid.org**.

Plazo envío formulario: 9 al 23 de febrero de 2018 ambos inclusive

1. DATOS PERSONALES

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE | |
| APELLIDOS | |
| DNI | |
| DIRECCION POSTAL | |
| DIRECCION CORREO ELECTRÓNICO | |
| TELÉFONO | |

2. TITULACIÓN ACADÉMICA

| |
|--|
| |
|--|

3. REQUISITOS

| | |
|--|--|
| IDIOMAS | |
| CONOCIMIENTOS OFIMÁTICA | |
| EXPERIENCIA | |
| CONOCIMIENTO INSTITUCIONES EUROPEAS | |

4. OTROS MERITOS A APORTAR

| |
|--|
| |
|--|

Fecha presentación formulario:

| |
|--|
| |
|--|