



## AYUNTAMIENTO DE BUÑOL

C/ CID, 20 46360 BUÑOL (VALENCIA) TEL. 96 250 01 51 FAX. 96 250 30 83 e-mail: AYUNTAMIENTO@aytobunyel.com

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_,  
de \_\_\_ años de edad, nacido/a en \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_,  
teléfono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ lugar a efectos de notificaciones:  
calle \_\_\_\_\_, población \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_,  
Medio preferente para recibir notificaciones \_\_\_\_\_.

### EXPONE:

Que enterado/a de la convocatoria para la realización de un proceso selectivo, de concurso-oposición, para la formación de una bolsa de empleo temporal para las posibles contrataciones laborales temporales de **enterradores**, del Ayuntamiento de Buñol,

### MANIFIESTO:

- I) Que a la fecha de expiración del plazo de presentación de instancias reúno todos y cada uno de los requisitos exigidos en la base tercera de las de la convocatoria.
- II) Que me comprometo a prestar juramento o promesa, tal como establece el art. 58.1.c de la Ley 10/2010, de 9 de julio, de la Generalitat Valenciana.
- III) Que tengo la condición de **minusválido/a**, con 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 Bienestar Social, 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:

- I) Ser admitido/a a las pruebas selectivas de referencia.
- II) Que como consecuencia de la minusvalía que me afecta, solicito del tribunal me facilite las adaptaciones posibles de tiempo y medios para la realización de las pruebas, y que a continuación se señalan:

---

---

---

---

---

