



## ANEXO I

### SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PLAN DE EMPLEO JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA 2023

#### DATOS PERSONALES

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_

#### INDICAR PUESTO QUE SE SOLICIA (Marcar con X)

PEÓN DE OBRAS PÚBLICAS  AUXILIAR ADMINISTRATIVO

#### DOCUMENTACIÓN APORTADA (señalar con una X)

Fotocopia DNI

Fotocopia del libro de familia (solo si tiene cargas familiares)

Volante histórico de convivencia

Informe de periodos de inscripción como demandante de empleo no ocupado del solicitante

Fotocopia de la tarjeta de demanda de empleo del resto de miembros de la unidad familiar mayores de 16 años y menores de 26 que se encuentren en dicha situación, salvo que estén cursando estudios, en cuyo caso aportarán certificado de matriculación en centro oficial.

Documentación acreditativa de ser víctima de violencia de género, si procede.

Certificado de Bienestar Social en que se declare al solicitante como cuidador de dependiente.

Certificado de minusvalía del solicitante expedido por el centro base, en los casos de personas con discapacidad.

Fotocopia del permiso de circulación B1 o C, C1 si procede.

Titulación (para puesto de auxiliar administrativo)

Vida Laboral (para puesto de auxiliar administrativo)

En Villanueva de los Infantes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

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



## ANEXO II

### MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

Yo, D/a. \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_, declaro bajo mi responsabilidad que, a fecha de la finalización del plazo de presentación de solicitudes de esta Convocatoria, son ciertos todos los datos indicados en este baremo de puntuación y además autorizo al Ayuntamiento de Villanueva de los Infantes, para que soliciten a las distintas Administraciones, la información y documentación necesaria para comprobar la veracidad de los datos aportados.

PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL MISMO DOMICILIO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	DESEMPLEADOS SI/NO	INGRESOS/€	ORGANISMO PERCEPTOR	DISCAPACITADO
SOLICITANTE						
CONYUGE O PAREJA						
HIJOS						

Vva. de los Infantes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

FIRMA

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