



**AUTOBAREMACIÓN CONVOCATORIA FISIOTERAPEUTA  
AYUNTAMIENTO DE COÍN**

APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIE/PASAPORTE			
DOMICILIO (Calle/Plaza/Avda..)		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD		PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONOS DE CONTACTO		TELÉFONO DE FAX		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
CATEGORÍA PROFESIONAL (VER REGLAMENTO)						

**1.- EXPERIENCIA LABORAL**

- Por mes completo de servicio 0,5 puntos. Max. 12 puntos Meses: \_\_\_\_

**2.- FORMACIÓN COMPLEMENTARIA.**

- Por cada hora de formación relacionada con la ocupación, 0,05 puntos. Max. 12 puntos Horas: \_\_\_\_

**3.- ENTREVISTA PERSONAL.** (a cumplimentar por el Tribunal de selección una vez realizada)

- Máximo 12 puntos.

**TOTAL DE Puntuación Obtenida**

**PUNTOS**

Coín, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El/la Solicitante

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

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE COÍN