

**ANEXO II.- ESCRITO DE SUBSANACIÓN DE DEFECTOS**

**PRUEBAS SELECTIVAS POR EL TURNO DE DISCAPACIDAD PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL  
ESTATUTARIO FIJO EN LA CATEGORÍA DE FACULTATIVO ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL  
SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

Nombre y apellidos:..... D.N.I. ....

Domicilio:.....

Código Postal: ..... Municipio: ..... Provincia:.....

Correo Electrónico:..... Teléfono:.....

**EXPONGO:**

Que no apareciendo en el listado de admitidos, y habiendo presentado solicitud de participación en las pruebas selectivas por el turno de discapacidad para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de Facultativo Especialista en Obstetricia y Ginecología del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid

**SOLICITO:**

La admisión en las citadas pruebas selectivas, para lo cual apporto copia de la solicitud de participación presentada según lo establecido en la base 3.5 de la resolución de la convocatoria.

Madrid, a ..... de ..... de 2016  
(Firma)