

AUTOBAREMACIÓN:

AUTOBAREMACIÓN EXPERIENCIA	Meses	Total puntos
N.º 1- Por cada año completo de servicios prestados en la Administración local y otras Administraciones, en puesto de trabajo igual o similar al que es objeto de la convocatoria, se concederán 0,40 puntos; computándose la fracción correspondiente a meses, a razón de 0,033 puntos y la correspondiente a días a razón de 0,0011 puntos.		
N.º 2- Por cada año completo de servicios prestados en Empresa Privada, en puesto de trabajo igual o similar al que es objeto de la convocatoria: 0,20 puntos; computándose la fracción correspondiente a meses, a razón de 0,016 puntos y la correspondiente a días a razón de 0.00055 puntos.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

AUTOBAREMACIÓN FORMACIÓN / TITULACIÓN	
Titulación académica superior a la exigida, objeto de valoración	PUNTOS
Titulación de:	
PUNTUACIÓN TOTAL	

AUTOBAREMACIÓN CURSOS DE FORMACIÓN

Nº	DENOMINACIÓN DEL CURSO A VALORAR	HORAS	PUNTOS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

PUNTUACIÓN TOTAL

DOCUMENTACIÓN QUE APORTO

1. Solicitud según anexo II, junto con baremación cumplimentada y firmada.
2. Copia del DNI/NIE.
3. Copia de la titulación exigida para el acceso.
 Copia de la titulación o certificado exigidos en requisitos específicos.
4. Justificante de acreditación de ingreso bancario de la tasa de examen.
Documento acreditativo de la exención del pago de la tasa.
5. En caso de alegar estar exentos del pago de las tasas por derecho de examen, certificado de desempleo en el que figure la antigüedad de inscripción, emitido por el Instituto Nacional de Empleo, o en su caso, el Servicio Regional de Empleo que corresponda.
6. Documentación justificativa de la experiencia profesional debidamente enumerada y ordenada.
7. Documentación justificativa de la formación, debidamente enumerada y ordenada.
8. Certificado de vida laboral actualizado expedido por la TGSS.
9. Declaración expresa que indique el grado y tipo de discapacidad que les afecte, y que poseen la capacidad funcional necesaria para el ejercicio de las funciones y tareas propias del puesto.

FECHA Y FIRMA

Declaro bajo mi responsabilidad, que los datos facilitados son ciertos.

En _____ a ____ de _____ de 2025

El/a solicitante,

Fdo.: