



**ANEXO II**

**MÉRITOS PROFESIONALES**

DOC N°	PUESTO DE TRABAJO	ENTIDAD/ORGANISMO	DURACIÓN	

El/ la abajo firmante, solicita ser admitido/a la realización de las pruebas selectivas a que se refiere la presente solicitud, declarando que reúne todos y cada uno de los requisitos y condiciones establecidos en la Base Segunda de la Convocatoria.

Conil de la Frontera, a de de 2023.  
Firma