

INSTANCIA DE SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN O RECLAMACIÓN CONTRA LA LISTA PROVISIONAL DE LAS PERSONAS ADMITIDAS Y EXCLUIDAS DE LA COBERTURA DEL PUESTO DE AGENTE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LA SOCIEDAD PÚBLICA “BEHARGINTZA TXORIERRI, S.L.” (EGAZ TXORIERRI)

.....

D/Dña.....

con DNI y domicilio en

.....

C.P....., municipio..... Teléfono.....

ALEGACIONES DE RECTIFICACIÓN / RECLAMACIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar, fecha y firma