

**D/D<sup>a</sup>**.....  
**DNI**.....  
**TELEF. CONTACTO**.....

**IMPRESINDIBLE (adjunto copia de la copia autocopiativa del  
ejercicio test)**

**EXPONE**

Que habiéndome presentado a las pruebas selectivas para la provisión en propiedad de 5 plazas de AUXILIAR DE ENFERMERÍA de personal laboral del Consorcio , y habiéndose publicado los resultados de las calificaciones del primer ejercicio de Test el día 27 de octubre de 2015

**SOLICITA**

La revisión de la calificación otorgada por considerar/ entender que:

*calculada mi calificación en base a la planilla de resultados publicada , con la anulación de las preguntas 11, 38 y 45 y su sustitución por las de reservas R1, R2 y R3, obtengo:*

- *respuestas acertadas (RA) : \_\_\_\_\_ x 0,222 = \_\_\_\_\_*
- *respuestas incorrectas (RI): \_\_\_\_\_ x 0,074 = \_\_\_\_\_*
- *respuestas nulas y en blanco: \_\_\_\_\_ X 0,000= 0,000*
- **NOTA FINAL: RA – RI = \_\_\_\_\_**

Castellón de la Plana, \_\_\_\_ de Octubre de 2015.

EL/LA SOLICITANTE

FIRMA: \_\_\_\_\_

*Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tramitación por el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se les informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal.*

**SRA. PRESIDENTA DEL TRIBUNAL  
OPOSICIÓN AUXILIAR ENFERMERÍA  
CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN**