



ANEXO 3. CERTIFICADO MÉDICO O DECLARACIÓN RESPONSABLE.

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE DE APTITUD PARA PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA DE SELECCIÓN DE PLAZAS FIJAS DE PERSONAL OPERARIO PARA EL DEPARTAMENTO DE AGUA DE CHICLANA NATURAL, S.A.

D./D^a. _____, con D.N.I. núm. _____, mayor de edad, con domicilio en _____, con objeto de participar en la convocatoria de selección de plazas personal operario para el departamento de agua de Chiclana Natural, S.A., ante el Presidente del Tribunal Permanente de Selección de dicha empresa municipal, en mi propio nombre y Derecho

D i g o:

Que, según se establece en las bases para dicha convocatoria pública, opto al puesto _____ o _____ puestos _____ siguientes:

_____.

Que, siendo optativo la presentación de certificado médico o bien de declaración responsable, por medio del presente escrito

D e c l a r o r e s p o n s a b l e m e n t e

Que conozco las funciones del puesto o puestos al que opto y que constan descritas en las bases publicadas de la convocatoria pública, así como que poseo la capacidad funcional para el desempeño de las mismas de resultar seleccionado/a, y para las pruebas físicas que puedan formar parte del proceso selectivo, resultando de mi exclusiva responsabilidad cualquier incidencia que pudiera acaecer en el desarrollo de las pruebas, siempre que en éstas se hayan cumplido las medidas necesarias de Prevención de Riesgos Laborales y estén relacionadas con el puesto o puestos al que opto.

Que la presente declaración responsable queda condicionada, en caso de resultar seleccionado/a, al resultado del correspondiente reconocimiento médico sin restricciones por parte de Chiclana Natural, S.A., quedando excluido/a de la



selección sin nada que reclamar en caso de que no se declarara la aptitud médica necesaria.

Y para que surtan los efectos oportunos, ante el Tribunal Permanente de Selección de Chiclana Natural, S.A. fecho y firmo en Chiclana de la Frontera, a ____ de XXXX de 2017.

Firmado: _____