



Ajuntament de
Castelló

Convocatoria: **4/2019**

Categoría: **Técnico de Administración General**

Sistema selectivo: **Concurso-oposición**

B.O.P.: **número 10, de 22 de enero de 2019, número 28 de 5 de marzo de 2019 y número 60 de 9 de mayo.**

ANUNCIO CORRECCIÓN ERROR DECLARACIÓN RESPONSABLE TERCER EJERCICIO

Habiéndose observado un error material en las declaraciones responsables que se anexaban al anuncio de la convocatoria para la realización del tercer ejercicio de la fase de oposición para la selección de 6 plazas de Técnico/a Administración General (convocatoria 4/2019) y una vez rectificado el mismo, se adjunta anexo con las nuevas declaraciones responsables.

Lo que se comunica para su conocimiento y efectos.

LA SECRETARIA DEL TRIBUNAL,

- ANEXO 1-

DECLARACIÓN RESPONSABLE ASPIRANTES

D./D^a [REDACTED], con domicilio en [REDACTED], municipio [REDACTED] y Documento Nacional de Identidad número [REDACTED] declaro a efectos de realizar el tercer ejercicio de la fase de oposición de las pruebas selectivas para la selección de seis plazas de TAG por concurso-oposición correspondientes a la convocatoria número 4/ 2019 del Ayuntamiento de Castelló que;

No presento síntomas compatibles con la COVID-19, ni me encuentro en período de aislamiento por haber sido diagnosticado con la enfermedad o de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de la COVID-19.

En [REDACTED], a [REDACTED], de [REDACTED] de 2020.

(Firma del declarante)



- ANEXO 2 -

**DECLARACIÓN RESPONSABLE MIEMBROS/AS DEL TRIBUNAL Y
PERSONAL COLABORADOR**

D./D^a | _____, con domicilio en
_____, municipio | _____ y
Documento Nacional de Identidad numero | _____ declaro a
efectos de mi participación en la realización del tercer ejercicio de la fase de oposición
de las pruebas selectivas para la selección de seis TAG por concurso- oposición
correspondientes a la convocatoria número 4/ 2019 del Ayuntamiento de Castelló,
como miembro del Tribunal calificador y/o personal colaborador que;

No presento síntomas compatibles con la COVID-19, ni me encuentro en
período de aislamiento por haber sido diagnosticada con la enfermedad o de
cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con
síntomas o diagnosticada de la COVID-19.

En | _____ a | _____ de | _____ de 2021.

(Firma del declarante)