

RECLAMACIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN DEL PROGRAMA ESCALA

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA ESCALA:

ESPECIALIDAD FORMATIVA:

MOTIVO alegado:

En _____ a _____ de _____ de 2.024

Fdo: _____

AL GRUPO MIXTO DE TRABAJO DE SELECCIÓN
PROGRAMA ESCALA
Centro de Empleo de Llerena
Plaza Donantes de Sangre s/n 06900 Llerena (Badajoz)