



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO Y
BIENESTAR SOCIAL



**PRUEBAS SELECTIVAS PARA ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN INSTITUCIONES
SANITARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA.**

MODELO PARA IMPUGNACIÓN DE PREGUNTAS EN LA FASE DE OPOSICIÓN

CATEGORÍA A LA QUE OPOSITA: _____

D.N.I./N.I.E.: _____

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

PREGUNTA QUE SE IMPUGNA:

NÚMERO: _____

RAZONES DE LA IMPUGNACIÓN: _____

ACOMPaña DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA: SÍ
NO

En caso afirmativo, indique la documentación que acompaña y/o referencia bibliográfica:

FIRMA (imprescindible)

IMPORTANTE:

El presente formulario debe ser descargado e impreso.
Cada formulario debe ser utilizado para una única pregunta.
Tras su cumplimentación, debe ser escaneado y remitido a la dirección de e-mail:
impugnaope2016@ingesa.mscbs.es