***Modelo recurso de reposición***

AL ÓRGANO (Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud)

D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio a efectos de notificaciones en C/. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comparezco y como mejor proceda en Derecho digo:

Que por medio del presente, conforme a lo dispuesto en los artículos 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, reguladora del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y dentro del plazo conferido al efecto, formulo RECURSO DE REPOSICIÓN contra la Resolución de 29 de octubre de 2021 (D.O.E. Número 213 del viernes 5 de noviembre de 2021), de la Dirección Gerencia, por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la Categoría de Fisioterapeuta, en las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud con fundamento en las siguientes

**ALEGACIONES**

Descripción y motivos de la impugnación

Añada cuantos hechos/alegaciones considere.

**SOLICITO:**   Que teniendo por presentado este escrito, dé por interpuesto recurso de reposición, lo admita a trámite y atienda la petición que con respecto a lo expuesto.

Fecha

FIRMA