



**RELACIÓN DE APROBADOS**

**Sanitario - Licenciado Sanitario**

**Farmacéutico/a de Equipo de Atención Primaria**

**TURNO: DISCAPACIDAD**

**Nº ORDEN**

**APELLIDOS Y NOMBRE**

**D.N.I.**

**CALIFIC**

**NO EXISTEN CANDIDATOS APROBADOS EN ESTA CATEGORÍA/ESPECIALIDAD / TURNO**