ANEXO I

|  |
| --- |
| **Solicitud de participación en la convocatoria de proceso de selección de una plaza de interinidad en plaza vacante de Ingeniero Superior del Hospital Nacional de Parapléjicos.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE. | | | | |
| Apellido primero: | Apellido segundo: | | Nombre: | |
| D.N.I.: | Teléfono de contacto: | | Correo electrónico de contacto: | |
| Domicilio: | Localidad: | Provincia: | | Cód.Postal: |
| Hombre  Mujer |  |  | |  |

|  |
| --- |
| EXPONE |
| Que habiéndose convocado proceso de selección de 1 plaza de personal temporal en la categoría de **Ingeniero Superior** del Hospital Nacional de Parapléjicos. |
| SOLICITA |
| Participar en el proceso de selección convocado. |

|  |
| --- |
| DECLARA: |
| * Que no ha sido separado/a, mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas, Nacionales o de un Estado Miembro, en los seis años anteriores a la convocatoria, ni se encuentra inhabilitado por sentencia firme para el desempeño de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión. * Que no ostenta plaza en propiedad en activo o en excedencia en la misma categoría en el Sistema Nacional de Salud. * Que todos los datos consignados son veraces y los documentos que aporta son copia fiel de los originales que obran en su poder, estando facultada la Administración para verificarlos. Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el art. 69 punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Recursos Humanos y Transformación. |
| **Finalidad** | Gestión de las Bolsas de Trabajo para la Selección de Personal Estatutario Temporal del Sescam. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos. (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.) |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/1166> |

|  |
| --- |
| AUTORIZACIONES |
| Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública, salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:    Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.  Me opongo a la consulta la documentación acreditativa de cumplir con los requisitos exigidos en convocatoria.  Me opongo a la consulta la documentación que no esté obligada a presentar de acuerdo con el art. 28.2 y 28.3 de la Ley 39/2015.  Me opongo a la consulta de la documentación presentada a través del programa “selecta”.  En caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente. |

En       a       de       de 2025

(Firma)

**GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS** FINCA DE LA PERALEDA, S/N. CP: 45071 TOLEDO - CÓDIGO DIR A08016955