226744

**WMD7**

**Nº Procedimiento**

**Código SIACI**

**SOLICITUD DE INFORME TECNICO DE COMPATIBILIDAD**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]  |  | Número de documento |       |  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]   | Nacionalidad: |       |  |  |  |
| Fecha de nacimiento: |       |  |  |  |  |  |
| Domicilio:  |       | Nº       | Bloque       | Esc.       | Planta       | Pta.       |  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: |       |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]   | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:  |       | Nº       | Bloque       | Esc.       | Planta       | Pta.       |  |
|  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: |       |  |
| Relación con el solicitante: **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por la persona interesada.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| [ ]  Correo postal  *(Podrán elegir esta opción quienes NO estén obligados a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Discapacidad. |
| **Finalidad** | Reconocimiento del grado de discapacidad y emisión de tarjeta de discapacidad. Obtención de informe de compatibilidad con el puesto de trabajo. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y elReal Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.  |
| **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/0289>  |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| **MOTIVO DE SOLICITUD:**[ ]  Informe de Compatibilidad (IC) con el puesto de trabajo para el desempeño, de conformidad con lo dispuesto en la Orden 81/2023, de 17 de abril, de la Consejería de Bienestar Social, del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad en Castilla-La Mancha.**PUESTO DE TRABAJO AL QUE ACCEDE**       **ENTIDAD OFERTANTE**        |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaraciones responsables:**La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:[ ]  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.**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, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración 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 datos de identidad.Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.-      -      -      La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud, y en aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.[ ]  Consiento expresamente la consulta de los informes médicos y psicológicos y pruebas complementarias imprescindibles del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y de los datos del registro de personas con discapacidad de la Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha para la emisión del informe técnico de compatibilidad con las tareas del puesto de trabajo.**En caso de haberse opuesto en alguna de las opciones anteriores, es necesario aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento**.**DOCUMENTACIÓN** a aportar: [ ]  Documento de Análisis del Puesto de Trabajo (Lista de tareas, capacidades requeridas y riesgos laborales)NOTA: El documento de Análisis del Puesto de Trabajo se solicitará a la entidad local o empresa ofertante del puesto de trabajo. En los procesos selectivos convocados por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha o el SESCAM no es necesaria la presentación del Análisis del Puesto de Trabajo. |

En       a       de       de      .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**