**SOLICITUD DE REINGRESO AL SERVICIO ACTIVO.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
| NIF.  NIE.  Número de documento | | | Número de documento: | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | |  | | | 2º Apellido: | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | C.P.: | |  | | Población: | | |  | |
| |  | | --- | | Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DATOS PROFESIONALES** |
| CATEGORÍA: |
| Fecha nombramiento plaza en propiedad en el SESCAM: |
| - Excedencia por prestar servicios en el sector público desde        - Excedencia Voluntaria desde        - Otras |

|  |
| --- |
| **OPCIÓN ELEGIDA** |
| - Primera opción:  - Segunda opción:  - Tercera opción: |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** |
| Deberá indicar la Gerencia que le declaró en la situación administrativa en la que se encuentra actualmente, o el nº de B.O.E. y fecha en el que se publicó la relación de personal excedente procedente del proceso extraordinario de consolidación (Ley 16/2001, de 21 de noviembre). |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | D.G. de Recursos Humanos y Transformación |
| **Finalidad** | Gestión de los asuntos derivados de la relación laboral de los empleados públicos dependientes 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/1161**](https://rat.castillalamancha.es/info/1161) |

El/la abajo firmante DECLARA 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.

En a de  de

Firma de la persona solicitante,

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y TRANSFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

C/ Río Guadiana, 4. 45071 TOLEDO. CÓDIGO DIR. A08047735