Código SIACI

180212

Nº Procedimiento

SLLH

**ANEXO II**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL CONCURSO PERMANENTE PARA LA PROVISIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO DE LA ESCALA TÉCNICA DE SANITARIOS LOCALES DE LA JCCM.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE** | | | |
| Apellido primero: | Apellido segundo: | Nombre: | |
| N.I.F.: | Teléfono de contacto: | Correo electrónico de contacto: | |
| Domicilio: | Localidad: | Provincia: | Código Postal: |
| Fecha de nacimiento: | Nacionalidad: | Hombre  Mujer | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PROFESIONALES** | |
| Nº de Registro Personal: | Cuerpo o Escala: |
| Puesto en Propiedad: | Situación Administrativa: |
| Centro donde presta servicios: | Área de Salud: |
| Observaciones: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOVALORACIÓN DE MÉRITOS** | | | | |
| **1. Servicios prestados como funcionario de carrera (0,1 puntos por mes completo)** | | | | |
| **Desde** | **Hasta** | **En (Administración/Organismo)** | **Autovaloración** | **Revisión** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **2. Méritos alegados a efectos de desempate.** | | | | |
| **2.1.- Servicios presados como miembro de un Equipo de Atención Primaria (0,02 puntos por mes completo)** | | | | |
| **Desde** | **Hasta** | **En (Administración/Organismo)** | **Autovaloración** | **Revisión** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **2.2.- Permanencia en puesto (0,1 puntos por mes competo)** | | | | |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | | | | | |
| **SOLICITUD DE PUESTOS POR ORDEN DE PREFERENCIA:** | | | | | |
| **Ord. Pref.** | **Nº Orden Anexo I DOCM** | **ÁREA DE SALUD** | **GERENCIA** | **ZONA BÁSICA DE SALUD** | **PROVINCIA** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS** | | | | | | |
| **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud y según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el SESCAM podrá consultar o recabar los datos y documentos elaborados por cualquier otra Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos salvo que se oponga expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de la identidad.  Me opongo a la consulta de los datos referentes al cumplimiento de los requisitos de participación.  Me opongo a la consulta de los datos referentes a los servicios prestados en el SESCAM.  Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se acompaña (en su caso):**  Acreditación de los méritos derivados de la prestación de servicios en otras Administraciones Públicas diferentes al SESCAM.  Petición condicionada por razones de convivencia (indicar en “observaciones” la identidad del otro participante).  Testimonio del órgano competente sobre el cumplimiento de la pena o sanción en caso de suspensión firme.  Declaración jurada de no haber sido separado/a del servicio de cualquier Administración Pública, en caso de excedencia voluntaria por interés particular.  Otra: | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE** |
| Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 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** | Tratamiento de datos necesarios para el desarrollo de los distintos procesos de provisión de puestos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. |
| **Destinatarios** | Existe cesión 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** | Puede consultar la información detallada en <https://rat.castillalamancha.es/info/1163> |

En      , a      , de      , de

Firma del/la solicitante,

**Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Dirección General de Recursos Humanos y Transformación.**

**Avda Río Guadiana, 4 – 45007 TOLEDO.**

**Código DIR- A08047735.**