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.**