**SLTQ**

**180233**

Nº Procedimiento

Código SIACI

**ANEXO II**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN CONVOCATORIA (LD SAN F2/2025)**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| Tipo de documentoNIF [ ]  NIE/Pasaporte [ ]  | Número de documento      |
| Nombre:      | 1er Apellido:      | 2º Apellido:      |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:      | C.P.:      |
| Localidad:      | Provincia:      |
| Teléfono:      | Teléfono móvil:      | Correo electrónico:      |
| El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación. |
|  |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| Tipo de documentoNIF [ ]  NIE/Pasaporte [ ]  | Número de documento      |
| Nombre:      | 1er Apellido:      | 2º Apellido:      |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:      | C.P.:      |
| Localidad:      | Provincia:      |
| Teléfono:      | Teléfono móvil:      | Correo electrónico:      |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| **Notificación electrónica** *(Al estar obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **SITUACIÓN ADMINISTRATIVA ACTUAL** |
| [ ]  Servicio activo | [ ]  Movilidad funcional procedente de otras Administraciones Públicas |
| [ ]  Servicios especiales | [ ]  Servicio en otras Administraciones Públicas. Fecha Inicio:       |
| [ ]  Funcionarios/as procedentes de otras Administraciones | [ ]  Suspensión firme. Fecha finalización:            |
| [ ]  Excedencia Forzosa | [ ]  Excedencia voluntaria por (indicar modalidad y fecha de inicio):       |
| **DESTINO** |
| El/La solicitante ocupa con carácter el puesto de trabajo que a continuación se consigna:(Indicar definitivo o provisional. En el supuesto de ambos se expresará únicamente el definitivo. En las comisiones de servicios se indicará el puesto de origen) |
| Consejería/Ministerio/etc.: | Provincia/SSCC.: |
| Código del puesto:  | Denominación del puesto:  |

|  |
| --- |
| **PUESTO DE LA CONVOCATORIA QUE SE SOLICITA** |
| Ord.Pref. | Nº orden Anexo I DOCM | Código puesto | Denominación del puesto |
| 1  |       |       |       |
| 2  |       |       |       |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaración responsable:**La persona abajo firmante, declara en su propio nombre o en representación de persona interesada, que son ciertos los datos consignados y documentación aportada en esta solicitud, comprometiéndose a probar documentalmente dichos datos, cuando se 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, de 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 lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:**  [ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad. [ ]  Me opongo a la consulta de la documentación acreditativa de los méritos.Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Dato o documento | Fecha de Presentación | Unidad Administrativa | Administración |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente*
*
*

***En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento*** |
| **DOCUMENTACIÓN**: (se deben aportar electrónicamente junto con la solicitud).Además de la información antes descrita, aporto los siguientes documentos: [ ]  Documento que acredite por medios válidos en derecho la representación de la persona solicitante, en su caso[ ]  Currículo.[ ]  Declaración responsable prevista en caso de excedencia voluntaria.[ ]  Documentación acreditativa de méritos.[ ]  Declaración de cumplimiento de sanción firme.[ ]  Otros:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 -       | 4 -       |
| 2 -       | 5 -       |
| 3 -       | 6 -       |

 |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Secretaría General de Sanidad |
| **Finalidad** | Gestión de los expedientes de provisión de puestos de trabajo |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público Ley de 4/2011, de 10 de marzo, del Empleo Público de CM  |
| **Destinatarias/os** | 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** | Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/0996 |

 Firma

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| En |       | , a |       de       | de 20      |

Organismo destinatario:

SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD. Servicio de Ordenación de Personal

Avda. Francia, 4 - Toledo - Teléfono: 925 26 73 04 serviciopersonal.sa@jccm.es

Código DIR3: A08014297