**Solicitud de reclasificación de categoría en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | |
| **Apellido primero:** | **Apellido segundo:** | | **Nombre:** | |
| **DNI:** | **Teléfono de contacto:** | | **Correo electrónico de contacto:** | |
| **Domicilio:** | **Localidad:** | **Provincia:** | | **Cód.Postal:** |
| **Fecha de nacimiento:** | **Hombre  Mujer** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PROFESIONALES** | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Categoría Actual: |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Categoría objeto de Reclasificación: |  |  |   **Observaciones:** | |
| **DATOS DE LA SOLICITUD**  EXPONE:  Que de conformidad con lo establecido en el Decreto 27/2025, de 8 de abril, por el que se crean diversas categorías de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha., la persona abajo firmante  SOLICITA:  **reclasificación de categoría**      **,en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** | |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **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 69.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  **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, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública 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 los datos acreditativos de identidad.  Me opongo a la consulta de la documentación acreditativa de cumplir con los requisitos exigidos para la reclasificación de la categoría.  Me opongo a la consulta de datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:   * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de * Documento       , presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de * Documento       , presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de * Documento       , presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de   En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.  Además de lo anterior, declara aportar los siguientes documentos:  1º  2º  3º  4º  5º  6º  7º |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Recursos Humanos y Transformación. |
| **Finalidad** | Gestión de los asuntos derivados de la relación laboral de los empleados públicos dependientes del Sescam. |
| **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 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> |

En      a      de      de      .

(Firma)

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y TRANSFORMACIÓN DEL SESCAM. C/Río Guadiana,4. 45071-Toledo

Código DIR. A08047735