Nº procedimiento

**180186**

Siaci

**SLF2**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCION EN BOLSA DE PERSONAL FUNCIONARIO DE LA ESCALA SUPERIOR DE SANITARIOS LOCALES (ESPECIALIDADES DE VETERINARIA Y FARMACIA)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física NIF | | | NIE | | | | | Número de documento | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Hombre:  Mujer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | | |  | Población: | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | En calidad de: | | | | |  | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Nombre: | |  | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre:  Mujer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | | | |  | Código postal: | | | |  | | |  | Población: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | Teléfono móvil: | | | |  | | | |  | Correo electrónico: | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | *Consejería de Sanidad. Secretaría General.* |
| **Finalidad** | *Gestión de las bolsas de trabajo tramitadas por la Consejería.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos:  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.* |
| **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** | *Disponible en la dirección electrónica:*[**https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos**](https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
|  |
| **SOLICITA:** (Marque únicamente lo solicitado)  La inscripción en las siguientes bolsas de personal funcionario de la Escala Superior de sanitarios locales:   |  | | --- | | Especialidad:  Veterinaria | | Farmacia | | Para:  Personal interino por vacante: Provincias:  Albacete  Ciudad Real  Cuenca  Toledo  Guadalajara  Personal sustituto  o interino por sustitución: Provincias:  Albacete  Ciudad Real  Cuenca | | Toledo  Guadalajara | |  | |
| Señalar los distritos de salud o comarcas ganaderas donde desea prestar sus servicios (solo para Bolsa de Interinos por sustitución): |
| La reincorporación a la bolsa o bolsas de donde proviniere, una vez finalizado el período de exclusión.  La incorporación o reincorporación, según su caso, a la bolsa o bolsas provinciales de funcionarios interinos que fueran desplazados por funcionarios de carrera o cesen por alteración del contenido o supresión del puesto de trabajo |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre, o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Dispone de la titulación exigida, en concreto (especificar titulación, Universidad y fecha):      El número de ejercicios aprobados en las últimas pruebas selectivas es  La puntuación obtenida en cada uno de los ejercicios aprobados es: 1º,      ; 2º,      ; 3º, |

|  |
| --- |
| **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 acreditativos de identidad.  Me opongo a la consulta de datos acreditativos de domicilio o residencia.  Me opongo a la consulta de datos sobre titulación universitaria.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:     * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      . * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      . * Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      .   **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se debe aportar la documentación pertinente.** |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN:** |
| Documento acreditativo de la representación en su caso (poder notarial, acta, escritura de la sociedad, etc…). |

En      , a       de       de 20     .

**El organizador o responsable de la actividad,**

**Organismo destinatario:**

**SECRETARÍA DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN ALBACETE (DIR3: A08028035)**

**(Para la especialidad de veterinarios)**

**SECRETARÍA DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN CUENCA (DIR3: A08028059)**

**(Para la especialidad de farmacia)**

(DNI electrónico o certificado válido)