*

|  |
| --- |
| **Solicitud de Reconocimiento de Servicios Previos del personal de instituciones sanitarias del SESCAM.** |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DEL/ LA SOLICITANTE** |
| Apellido primero:      | Apellido segundo:      | Nombre:      |
| D.N.I.:      | Teléfono de contacto:      | Correo electrónico de contacto:      |
| Domicilio:      | Localidad:      | Provincia:      | Cód.Postal:      |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| ***Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.*** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| NIF[ ]  NIE[ ]   |  PASAPORTE [ ]  Número de documento: |        |  |
|  |
| País de origen: |       | Nombre:  | 2º Apellido:      |
|  |  |  |  |
| 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |
| Domicilio : |       |
|  |
| Provincia: |       | C.P. |       | *Población:* |  |
|  |
| Teléfono: |  | **Correo electrónico:** |  |
|  | Hombre [ ]  Mujer [ ]  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS PROFESIONALES DEL/ LA SOLICITANTE** |
| Categoría:      | Especialidad:      | Grupo:      | Puesto de trabajo:      | Situación Administrativa:      |
| GERENCIA DE DESTINO:      | Fecha de Toma de posesión en el Sescam:      | Vinculo: [ ]  FIJO.[ ]  TEMPORAL |

|  |
| --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS CUYO RECONOCIMIENTO SE PRETENDE** |
| Vinculación con la Administración (1) | Organismo o dependencia en que se prestaron | Desde | Hasta |
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

1. **E.I. Estatutario Temporal Interino**

**E.S.. Estatutario Temporal de Sustituto**

**F. Personal en Formación**

**E.F. Estatutario Fijo**

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN A APORTAR:** |
| Certificado de servicios previos computables según el modelo establecido, como Anexo I, en el artículo 3 del Real Decreto 1181/1989, en original o fotocopia compulsada expedido por las diferentes Administraciones Públicas donde se prestaron efectivamente los servicios. |

|  |
| --- |
| **DECLARA:** |
| * Que todos los datos consignados son veraces y los documentos que aporta son copia fiel de los originales que obran en su poder, estando facultada la Administración para verificarlos. Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el art. 69 punto 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 la documentación que no esté obligada a presentar de acuerdo con el art. 28.2 y 28.3 de la Ley 39/2015.En caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Recursos Humanos y Transformación |
| **Finalidad** | Gestión reconocimiento servicios previos del personal de instituciones sanitarias del Sescam. |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos. 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)

**TITULAR DE LA GERENCIA DE**