|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO DE PROVISIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO VACANTES DE LIBRE DESIGNACIÓN (L.D. SESCAM F1/2025).** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| Tipo de documentoNIF [ ]  NIE [ ]  | Número de documento      |
| Nombre:      | 1er Apellido:      | 2º Apellido:      |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:      | C.P.:      |
| Localidad:      | Provincia:      |
| Teléfono:      | Teléfono móvil:      | Correo electrónico:      |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (si procede)** |
| Tipo de documentoNIF [ ]  NIE [ ]  | Número de documento      |
| Nombre:      | 1er Apellido:      | 2º Apellido:      |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:      | C.P.:      |
| Localidad:      | Provincia:      |
| Teléfono:      | Teléfono móvil:      | Correo electrónico:      |

|  |
| --- |
| **SITUACIÓN ADMINISTRATIVA ACTUAL** |
| [ ]  Servicio Activo | [ ]  Comisión de servicios procedente de otras Administraciones Públicas |
| [ ]  Servicios Especiales | [ ]  Servicio en otras Administraciones Públicas. Fecha de inicio:       |
| [ ]  Funcionarios procedentes de otras Administraciones | [ ]  Suspensión firme. Fecha de 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/SS.CC.:       |
| Código del puesto:      | Denominación del puesto:       |
| **PUESTOS DE LA CONVOCATORIA QUE SE SOLICITAN** |
| Ord.Pref. | Nº Orden Anexo DOCM | Código del puesto | Denominación del puesto |
| 1 |       |       |       |
| 2 |       |       |       |
| 3 |       |       |       |
| 4 |       |       |       |
| 5 |       |       |       |
| 6 |       |       |       |
| 7 |       |       |       |
| 8 |       |       |       |

|  |
| --- |
| **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, 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, 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 en la convocatoria.[ ]  Me opongo a la consulta de la documentación acreditativa de cumplir con los méritos que se hagan constar en el curriculum.[ ]  Me opongo a la consulta de datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración Regional, concretamente los siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dato o documento | Fecha de presentación | Unidad administrativa | Administración |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, debe aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento. |

|  |
| --- |
| **Documentación aportada electrónicamente junto con la solicitud:**Además de la información antes descrita, aporto los siguientes documentos:[ ]  Currículo.[ ]  Declaración de cumplimiento de sanción firme.[ ]  Declaración responsable prevista en caso de excedencia voluntaria.[ ]  Documentación acreditativa de méritos.[ ]  Documentación acreditativa de los requisitos de la presente convocatoria.[ ]  Documentación a presentar por el personal que reingrese al servicio activo a consecuencia de la resolución de la convocatoria. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Secretaría General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. |
| **Finalidad** | Gestión de personal funcionario y laboral del SESCAM. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos – Ley 4/2011, de 10 de marzo, del Empleo Público de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarias/os** | No 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/0027  |

En       , a       de       de 2025

Fdo.:

|  |
| --- |
| **Organismo destinatario:**SECRETARÍA GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Servicio de Ordenación de Personal.Código DIR A08015062 |