|  |
| --- |
| **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 documento  NIF  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 documento  NIF  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 |