

SOLICITUD

de admisión en la convocatoria para proveer, por el sistema de concurso, puestos de mando intermedio de gestión y servicios del Servicio de Salud de las Islas Baleares

DESTINO	
CÓDIGO DIR3	

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Categoría			
Institución	Servicio de Salud de las Islas Baleares / Sistema Nacional de Salud		
	Otra administración pública		

REPRESENTANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Medio de acreditación de la representación ¹	REA	Otro medio	

COMUNICACIONES

Destinatario y canal para recibir las comunicaciones									
Destinatario			Solicitante				Representante		
Canal de comunicación			Correo electrónico / teléfono				Correo postal		
Comunicación por correo postal (consigne estos datos solo si elige esta opción)									
Tipo de vía			Nombre de la vía						
Núm.	Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Punto kilométrico	Polígono	Parcela	Código postal	
Localidad					Municipio ²				
Comunicación por correo electrónico o teléfono (consigne estos datos solo si elige esta opción)									
Correo electrónico					Teléfonos				

DATOS DE LA CONVOCATORIA

Fecha de la Resolución		Fecha del BOIB	
Puesto de trabajo			
Gerencia			

SOLICITO:

Que se admita esta solicitud para participar en el proceso selectivo en cuestión, para lo cual adjunto los documentos exigidos en las bases de la convocatoria.

DOCUMENTACIÓN APORTADA:³

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

AUTORIZACIÓN

De acuerdo con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Autorizo al órgano gestor del procedimiento a obtener y comprobar directamente los datos y la documentación por medio de la Administración pública para este procedimiento

Me opongo a que el órgano gestor del procedimiento obtenga o compruebe directamente los datos y la documentación por medio de la Administración pública para este procedimiento

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos; por tanto, certifico la veracidad de la información.

Fecha [excepto si firma electrónicamente]

Rúbrica o firma electrónica

INSTRUCCIONES

Puede cumplimentar el formulario directamente con el ordenador, pero si escribe a mano use preferentemente letras mayúsculas. No olvide las tildes que sean necesarias.

Explicación de algunos detalles:

1. Si el representante acredita la representación por un medio distinto de la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), debe presentar el documento que lo acredite.
2. Consigne el municipio solo si la denominación no coincide con la de la localidad.
3. Indique la documentación que adjunte, si es posible en el mismo orden en que la presentará en el momento de formalizar la solicitud.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con sede en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Los datos personales que contiene esta solicitud serán tratados por el Servicio de Salud de las Islas Baleares e incorporados a la actividad de tratamiento «Gestión de derechos de los interesados». El tratamiento de estos datos es necesario para cumplir una obligación legal.

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Para ejercer estos derechos ha de presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicado en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma)

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección de Gestión y Presupuestos (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es dpd@ibsalut.es.

Si desea más información sobre el tratamiento de sus datos personales, visite el apartado «Registro de actividades de tratamiento» del web del Servicio de Salud escaneando este código QR.

