

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	Servicio de Selección y Provisión de Personal Estatutario (Servicio de Salud de las Islas Baleares)
CÓDIGO DIR3	A04029527

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	
Marque esta casilla si desea que el destinatario reciba las comunicaciones en castellano (art. 15 Decreto 49/2018)								
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 que toda la información consignada y la documentación aportada en este formulario son ciertas.

Lugar y fecha

[rúbrica]

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que se refiere al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y con la legislación vigente en materia de protección de datos, informamos del tratamiento de los datos personales consignados en esta solicitud.

Finalidad del tratamiento y base jurídica. Los datos personales contenidos en 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.

Responsable del tratamiento. Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. C/ de la Reina Esclarmunda , 9 (07003 Palma).

Destinatarios de los datos personales. Otros órganos de la Comunidad Autónoma, otros órganos de la administración del Estado, órganos de la Seguridad Social y entidades sanitarias.

Plazo de conservación de los datos personales. Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de esta finalidad y del tratamiento de los datos.

Ejercicio de derechos y reclamaciones. Tiene derecho a oponerse al tratamiento de estos datos y a limitarlo, así como a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Para ejercer estos derechos debe presentar una solicitud por escrito dirigida al Servicio de Atención al Usuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma) acompañada de la copia de un documento de identidad (DNI/NIE, carné de conducir o pasaporte). Además, puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos y a otros organismos públicos competentes para cualquier reclamación derivada del tratamiento de estos datos personales.

Delegación de Protección de Datos. 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.

INSTRUCCIONES

Puede complimentar el formulario directamente con el ordenador, pero si escribe a mano use preferentemente letras mayúsculas (sin olvidar 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.

Una vez cumplimentada la solicitud, imprímala, firme a la derecha de la datación y formalícela en un registro.