

SOLICITUD DE ACCESO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN RÉGIMEN DE TELETRABAJO

DESTINO	
CÓDIGO DIR3	

SOLICITANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Correo electrónico			
Dirección postal (para recibir notificaciones)			
Código postal		Localidad	
Municipio			Teléfono

REPRESENTANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Correo electrónico			
Dirección postal (para recibir notificaciones)			
Código postal		Localidad	
Municipio			Teléfono
Medio de acreditación de la representación		REA	Otro medio (hay que acreditarlo)

CANAL PREFERENTE DE NOTIFICACIÓN

<input type="checkbox"/>	Quiero recibir el aviso de notificación telemáticamente
<input type="checkbox"/>	Al correo electrónico del solicitante
<input type="checkbox"/>	Al correo electrónico del representante
<input type="checkbox"/>	Quiero recibir el aviso de notificación por correo postal
<input type="checkbox"/>	A la dirección del solicitante
<input type="checkbox"/>	A la dirección del representante

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Denominación			
Situación administrativa		Forma de ocupación	
Categoría			
Unidad administrativa de adscripción			
Gerencia			

DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES Y LAS TAREAS SUSCEPTIBLES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN RÉGIMEN DE TELETRABAJO

Breve descripción	
Funciones y tareas susceptibles de desempeñar en régimen de teletrabajo	
Tareas que tengo que coordinar con otras personas de la unidad	

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO TECNOLÓGICO

Para desempeñar las funciones y las tareas de mi puesto de trabajo tengo que usar programas informáticos estándar (herramientas ofimáticas, correo electrónico...)			
<i>Nombre del programa</i>		<i>Uso</i>	
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
No tengo que usar ningún programa informático estándar			
Tengo que usar aplicaciones informáticas del Servicio de Salud (corporativas, departamentales...)			
<i>Nombre del programa</i>		<i>Uso</i>	
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
		Continuo	Esporádico Solo los días presenciales
No tengo que usar aplicaciones informáticas del Servicio de Salud (corporativas, departamentales...)			
Dispongo del equipo informático básico en casa			Sí No
Dispongo de conexión a internet			Sí No
Dispongo de teléfono móvil			Sí No
Dispongo de escáner			Sí No
Dispongo de fax			Sí No

PROPUESTA SOBRE LA DURACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN LA MODALIDAD DE TELETRABAJO Y DISTRIBUCIÓN DEL HORARIO

Duración prevista de la prestación en la modalidad de teletrabajo (entre 3 y 12 meses)		meses		
<i>Distribución de días presenciales y no presenciales</i>				
<i>Presenciales (mínimo 2 a la semana)</i>		<i>No presenciales (máximo 3 a la semana)</i>		
L	M	X	J	V
L	M	X	J	V
Propuesta de periodos de interconexión (horas)		Entre las	h y las	h

DECLARACIONES RESPONSABLES

Declaro que no he tenido concedida la prestación de servicios en la modalidad de teletrabajo durante los 18 meses consecutivos inmediatamente anteriores	
Declaro que tengo conocimientos informáticos y telemáticos suficientes sobre los programas informáticos necesarios para desempeñar las funciones y las tareas asignadas en la modalidad de teletrabajo	
Declaro que tengo la acreditación de haber contestado adecuadamente el cuestionario previsto en el artículo 12 del Decreto 36/2013, de 28 de junio, por el que se regula la modalidad de prestación de servicios mediante teletrabajo a la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares	
Declaro que no tengo la acreditación en cuestión, pero me comprometo —en caso de obtener la autorización— a no iniciar la prestación en la modalidad de teletrabajo hasta que disponga de dicha acreditación	

SOLICITO:

Acogerme a la modalidad de prestación del servicio en régimen de teletrabajo.

OBSERVACIONES

[rúbrica]

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

De conformidad con el artículo 6 de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y del artículo 4.11 del Reglamento (UE) 2016/679, la persona que firma la solicitud da su consentimiento de forma inequívoca porque se traten los datos personales que ha consignado. La finalidad del tratamiento de los datos es llevar a cabo las gestiones administrativas derivadas de la solicitud. No obstante, en cualquier momento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la gerencia territorial o a los Servicios Centrales del Servicio de Salud.