

ANEXO I
SOLICITUD DE ADMISIÓN A PROCESOS SELECTIVOS PARA PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

CÓDIGO CONVOCATORIA:	
----------------------	--

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

N.I.F.	APELLIDOS	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN (calle, número, piso...)		
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
Dirección del Correo electrónico.		
TITULACIÓN		
Categoría de procedencia con nombramiento fijo de Personal Estatutario: (Sólo cumplimentar aspirantes del turno de promoción interna)		

2.- DATOS A CONSIGNAR SEGÚN BASES DE LA CONVOCATORIA

CONVOCATORIA (Categoría/Especialidad)
PROVINCIA DE EXAMEN: (sólo cumplimentar cuando lo exija la convocatoria)
TIPO DE ACCESO:
<input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Promoción Interna <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad
ADAPTACIÓN QUE SOLICITA

TASA POR PARTICIPAR EN PRUEBAS SELECTIVAS DE PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD

AUTOLIQUIDACIÓN	<input type="checkbox"/> Reducción por promoción interna 50%.
	<input type="checkbox"/> Exención por discapacidad igual o mayor al 33%. Centro base de
	<input type="checkbox"/> Exención por familia numerosa. Nº Título Familia Numerosa: Fecha de caducidad:
	CUOTA A INGRESAR..... €

<p>El que suscribe solicita ser admitido a las pruebas reseñadas y DECLARA que son ciertos los datos consignados y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos consignados.</p> <p>Asimismo, autorizo al órgano gestor a que se consulten mis datos de carácter personal obrantes en la Administración.</p> <p>En, a de de 20..... Firma</p>	<p align="center">INGRESO</p> <p>Nombre del establecimiento de crédito: Banco Caja España de inversiones, Salamanca y Soria S.A (Grupo UNICAJA) Queda abonado el importe en la cuenta ES26 2108 2260 86 0033892442</p> <p>Son.....</p> <p>Fecha.....</p> <p>Sello y firma.....</p> <p>(Este documento no será válido sin la certificación mecánica o sello de la entidad depositaria)</p>
--	---

SR. GERENTE DE SALUD DE ÁREA DE.....

ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE PROFESIONALES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Gerencia Regional de Salud le informa que los datos aportados en este formulario, serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Gerencia Regional de Salud, Paseo Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid