

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		Nº Pº
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
Titulación:		Categoría con nombramiento fijo de Personal Estatutario (Sólo cumplimentar los que participen a través del turno de promoción Interna)
Centro de expedición:		

2.- CONVOCATORIA (Categoría/Especialidad)

TIPO DE ACCESO: Libre Promoción Interna Personas con discapacidad

ADAPTACIÓN QUE SOLICITA

FAMILIA NUMEROSA: SI Nº Título Familia Numerosa:; Fecha de caducidad:

3.- DATOS A CONSIGNAR SEGÚN BASES DE LA CONVOCATORIA

SI deseo formar parte de la bolsa de empleo derivada de este proceso selectivo <input type="checkbox"/>	NO deseo formar parte de la bolsa de empleo derivada de este proceso selectivo <input type="checkbox"/>
--	--

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

AUTOLIQUIDACIÓN	CUOTA	€
	<input type="checkbox"/> Reducción por promoción interna 50%, en el supuesto de convocatoria conjunta con turno libre <input type="checkbox"/> Exención por discapacidad igual o mayor al 33% <input type="checkbox"/> Exención por familia numerosa.	
	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....</p> <p align="center">Firma</p>	<p align="center">INGRESO</p> <p>Nombre del establecimiento de crédito: CAJA DUERO Queda abonado el importe de esta autoliquidación.</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>
--	---

Ilmo. Sr/ Sr

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.