Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Sacyl
Gerencia Regional de Salud

ANEXO I

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

CÓDIGO CONVOCATORIA:	E21

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

N.I.F.	APELLIDOS	NOMBRE
	GONZÁLEZ	

FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	TELÉFONO
1 1 1	E	6

DIRECCIÓN (calle, número, piso...)
AVENIDA

MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
M	RR	31001

TITULACIÓN
R D D D E E ERMER

Categoría 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) E ERMER

PROVINCIA DE EXAMEN: ..... E ..... (sólo cumplimentar cuando lo exija la convocatoria)

TIPO DE ACCESO:

☒ Libre ☐ Promoción Interna ☐ Personas con discapacidad intelectual ☐ Personas con otro tipo de discapacidad

ADAPTACIÓN QUE SOLICITA .....

TASA POR PARTICIPAR EN PRUEBAS SELECTIVAS DE PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD	
AUTOLIQUIDACIÓN	CUOTA..... €
	☐ Reducción por promoción interna 50%. ☐ Exención por discapacidad igual o mayor al 33%. Centro base de ..... ☐ Exención por familia numerosa. Nº Título Familia Numerosa: ..... Fecha de caducidad: ..... CUOTA A INGRESAR..... €

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.
Asimismo, autorizo al órgano gestor a que se consulten mis datos de carácter personal obrantes en la Administración.

En ....., a ..2.... de ..... de 20..1....
Firma

INGRESO
Nombre del establecimiento de crédito: Banco de Caja España de inversiones, Salamanca y Soria S.A
Queda abonado el importe en la cuenta ES11 2104 0060 3191 3892 4429
Son.....
Fecha.....
Sello y firma.....
(Este documento no será válido sin la certificación mecánica o sello de la entidad depositaria)

☐ SR. GERENTE DE SALUD DE ÁREA DE.....
☐ ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS 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.