

FORMULARIO DE SOLICITUD Y APORTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE REQUISITOS Y MÉRITOS DE LOS CANDIDATOS A LA BOLSA ÚNICA DE TRABAJO TEMPORAL

DESTINO	Servicio de Bolsa Única del Servicio de Salud de las Islas Baleares
CÓDIGO DIR3	A04003754

SOLICITANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Teléfono de contacto		Correo electrónico	

CATEGORÍA

Denominación	
Documentación inicial (primera vez)	
Aportación de nueva documentación	
Aporté documentación en otra categoría	

OTRAS CATEGORÍAS

Si está inscrito/inscrita en otras categorías, consígnelas a continuación:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

SOLICITO:

Que se admita la solicitud y se añadan a mi expediente los documentos adjuntos, que enumero a continuación, a fin de acreditar los requisitos y/o los méritos descritos en la convocatoria.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.
31.
32.
33.
34.
35.
36.
37.
38.
39.
40.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO bajo mi responsabilidad:

- Que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos; por lo tanto, certifico la veracidad de la información.
- Que tengo la capacidad funcional necesaria para desempeñar las funciones que se deriven del nombramiento correspondiente.
- Que no he estado separado/separada por medio de un expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las administraciones públicas o de los órganos constitucionales o estatutarios de las comunidades autónomas; ni estoy en la situación de inhabilitación absoluta o especial para empleos o cargos públicos por medio de una resolución judicial; ni estoy inhabilitado/inhabilitada para acceder al cuerpo o a la escala de funcionario o para desempeñar funciones similares a las que se desempeñan en el caso del personal laboral en que haya sido separado o inhabilitado.
- *[En caso de que tenga la nacionalidad de otro estado]* Que no estoy inhabilitado/inhabilitada o en una situación equivalente ni he sido sometido/sometida a una sanción disciplinaria o equivalente que me impida acceder al empleo público en mi estado y en los mismos términos.
- Que no estoy afectado/afectada por una resolución que implique quedar excluido/excluida de la bolsa.
- Que no tengo la condición de personal estatutario fijo en la categoría para la que estoy cursando esta solicitud en cualquier servicio de salud del Sistema Nacional de Salud.

Fecha (excepto si firma electrónicamente)

Rúbrica o firma electrónica

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El responsable del tratamiento de los datos personales consignados en este formulario es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con sede en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Dichos datos serán tratados con las finalidades de selección de personal y provisión de puestos de trabajo y de promoción y selección de personal, oposiciones y concursos. Estos datos serán incorporados en la actividad de tratamiento «Selección y provisión de personal».

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de estos datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Para ejercer estos derechos ha de presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicado en la calle del Carme, 18 (07003 Palma).

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección General (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es dpd@ibsalut.es.

Si desea más información sobre el tratamiento de los datos personales, visite el apartado «Registro de actividades de tratamiento» del web del Servicio de Salud escaneando este código QR.

