IBSalut

# ALEGACIONES A LA LISTA PROVISIONAL DE ADMITIDOS Y EXCLUIDOS

| | |
|---|---|
| **DESTINO** | **Servicio de Selección y Provisión de Personal Estatutario** |
| **CÓDIGO DIR3** | **A04029527** |

| | |
|---|---|
| **CÓDIGO SIA** | **3225237** |

## SOLICITANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Núm. doc. identidad | | Fecha nacim. | | Nombre | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | | |
| Categoría a la que se presenta | | | | | |
| BOIB en el que se publicó la convocatoria | | Núm. | | Fecha | |

## REPRESENTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Núm. doc. identidad | | Nombre | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | |
| NIF* | | Denominación social | |
| Medio de acreditación de la representación[1] | ○ REA | ○ Otro medio | |

* Solo en caso de personas jurídicas.

## COMUNICACIONES

| | | |
|---|---|---|
| **Destinatario y canal para recibir las comunicaciones** | | |
| Destinatario | ○ Solicitante | ○ Representante |
| Canal de comunicación[2] | ○ Correo electrónico | ○ Correo postal |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Correo electrónico* | | | | | | Teléfono | | |
| **Comunicación por correo postal** (consigne estos datos solo si ha elegido esta opción) | | | | | | | | |
| Tipo de vía | | | Nombre de la vía | | | | | |
| Núm. | Bloque | Escalera | Planta | Puerta | Punto kilométrico | Polígono | Parcela | Código postal |
| | | | | | | | | |
| Localidad | | | | | Municipio[3] | | | |
| | | | | | | | | |

* Se enviarán al correo electrónico facilitado los avisos para consultar las notificaciones y comunicaciones que figuren en la Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del Gobierno de las Islas Baleares

## EXPEDIENTE RELACIONADO

| | |
|---|---|
| Núm. registro[4] | |
| Expediente[5] | |

**EXPONGO**

Que, en relación con la solicitud presentada en el procedimiento indicado, de conformidad con lo previsto en el artículo 76 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de les administraciones públicas, formulo las siguientes

**ALEGACIONES:**

## DOCUMENTACIÓN ADJUNTA[6]

| |
|---|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| 9. |
| 10. |

Fecha (excepto si firma electrónicamente)

Rúbrica o firma electrónica

### INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, informamos sobre el tratamiento de los datos personales consignados en este formulario.

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 la finalidad de gestionar su contratación, nómina, prestaciones sociales y servicios internos, expedientes administrativos relacionados con la gestión de recursos humanos y con la finalidad de una posible gestión sancionadora. Estos datos serán incorporados en la actividad de tratamiento «Gestión 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.

### INSTRUCCIONES

Si es posible, cumplimente el formulario directamente con el ordenador. Pero si escribe a mano, use letras mayúsculas, sin olvidar las tildes necesarias.

Explicación de algunos detalles

1. Si acredita la representación por un medio distinto de la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), debe aportar el documento que lo acredite y hacerlo constar en el apartado «Documentación adjunta».
2. Señale como canal preferente de notificación una de las dos opciones, salvo que esté obligado/obligada a relacionarse telemáticamente con la Administración, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
3. Consigne el municipio solo si su denominación no coincide con la de la localidad (p. ej.: localidad, Pòrtol; municipio, Marratxí).
4. En este campo debe consignar, si lo sabe, el número de registro de la solicitud que presentó.
5. En este campo debe consignar, si lo sabe, el número de expediente que le haya facilitado la Administración en relación con la solicitud que presentó.
6. Indique la documentación que adjunta, si es posible en el mismo orden en que la presentará en el momento de formalizar la solicitud.