|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | jubilar_horiz_color | | | | | | | | | | | | | | | | | **REGISTRO DE ENTRADA** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | **ANEXO II** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | **SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE PROVISIÓN DE PUESTOS DE JEFATURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **DECLARANTE/SUJETO PASIVO** |  | | **IMPORTANTE: ANTES DE CONSIGNAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES ANEXAS A ESTE DOCUMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | PRIMER APELLIDO | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | | | | | NOMBRE | | | | | | | | | | | DNI | |
|  |  |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | TIPO DE VÍA | | | NOMBRE | | | | | | | | Nº | | BLOQUE | | | | ESC | | PISO | | | LETRA | | LOCALIDAD | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | | PROVINCIA | | | | | | CÓD. POST. | | | | PRIMER TELÉFONO | | | | | SEGUNDO TELÉFONO | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
|  |  |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **INFORMACIÓN ADICIONAL** |  | | ORDEN CONVOCATORIA: | | | | | | | SAN/ | |  | | |  | | | | Nº BOC: | | | |  | | | | FECHA BOC: | |  |
|  |  |  | | El abajo firmante SOLICITA ser admitido al procedimiento a que se refiere la presente instancia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | PUESTO AL QUE OPTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **DOCUMENTOS** |  | | **De acuerdo con el artículo 28 de la ley 39/2015, en caso de OPONERSE a que el órgano convocante verifique de oficio el cumplimiento de los requisitos de participación, marque la casilla  debiendo, en este caso, aportar los documentos acreditativos correspondientes.**  a) Documento nacional de identidad.  b) Nombramiento como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, titulares de plazas vinculadas, o personal funcionario de carrera.  c) Titulación académica exigida.  d) Servicios prestados en plaza de la especialidad en los Servicios Jerarquizados de la Seguridad Social, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | **DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:**   * Proyecto técnico de gestión de la unidad asistencial. * Currículum profesional, en el modelo normalizado (Anexo III), al que se acompaña documentación acreditativa de los méritos alegados.   Si la documentación ha sido aportada anteriormente por el interesado a cualquier Administración, podrá solicitarse que sea consultada de oficio, indicando A CONTINUACIÓN el concreto documento, la fecha y el órgano administrativo en el que lo presentó. De no ser así, deberá aportarse por el interesado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | MÉRITO ALEGADO | | | | | | | FECHA DE PRESENTACIÓN | | | | | | | | | | ÓRGANO O DEPENDENCIA  (indicar también el tipo de proceso: carrera, OPE…) | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | **Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el reverso.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **FECHA** |  | |  | | | | | | | | | | | | | **FIRMA** | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |

**CONSEJERO DE SANIDAD**

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE PROVISIÓN DE PUESTOS DE JEFATURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

**1.- DECLARANTE:** Cumplimente todos sus datos personales cuidadosamente con LETRA MAYÚSCULA sin omitir ninguno de los datos pedidos y siguiendo las instrucciones.

**2.- INFORMACIÓN ADICIONAL:**

* **Convocatoria**: Introduzca los datos de referencia de la Convocatoria publicada:
  + - Orden que identifica la Convocatoria
    - Nº BOC en que se publica la Convocatoria
    - Fecha de publicación de la convocatoria en el BOC
* **Puesto al que opta:** Escriba el nombre del puesto al que opta de acuerdo con el Anexo I de la Convocatoria.

**3.- DOCUMENTOS:**

* **Documentación acreditativa de los requisitos de participación:** No será necesaria la presentación de la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos de participación anteriormente señalada, en los términos del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Si la persona interesada se opone expresamente a la consulta, deberá presentar:

a) Copia compulsada del Documento Nacional de Identidad

b) Copia compulsada, o certificación acreditativa, de su nombramiento como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, titulares de plazas vinculadas, o personal funcionario de carrera.

c) Copia compulsada de la titulación académica exigida en la convocatoria.

d) Copia compulsada, o certificación acreditativa, de tiempo de servicios prestados en plaza de la especialidad correspondiente en los Servicios Jerarquizados de la Seguridad Social, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente.

La no aportación de la mencionada documentación será causa para requerirle de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo de las Administraciones Públicas.

* **Documentación que se aporta:** En todo caso se debe aportar: Proyecto Técnico de Gestión y Currículum Profesional conforme al Anexo III. Si la documentación acreditativa de los méritos alegados ha sido entregada con anterioridad y obra en cualquier órgano o unidad de la Administración, a efectos de su valoración en la presente convocatoria, deberá cumplimentarse el Anexo II haciendo constar la fecha y el órgano o dependencia donde fueron entregados.

**4.- FECHA Y FIRMA:** No olvide fechar y firmar su solicitud, una vez leída la información básica sobre protección de datos siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| **Información básica sobre Protección de Datos Personales**  En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016), se informa: | |
| Tratamiento | Gestión de personal (provisión de puestos de jefatura de atención especializada). |
| Responsable del tratamiento | Secretaría General de la Consejería de Sanidad de Cantabria.  C/Federico Vial 13 (C.P. 39009) – Servicio de Personal Sanitario.  servpersanitario@cantabria.es |
| Finalidad | Provisión de personal. |
| Legitimación | Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento y cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. |
| Destinatarios | El Servicio Cántabro de Salud tratará los datos por cuenta del responsable del tratamiento. |
| Derechos | Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos explicados en la información adicional. |
| Información adicional | http://saludcantabria.es/index.php?page=PDSG |