|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO III**  **RELACIÓN DEFINITIVA DE APROBADOS**  **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **CONVOCATORIA** | | | | **CATEGORIA** | | | | | | | |
| **ORDEN SAN/** | |  | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | |
| **DNI** | | | **NOMBRE** | | **APELLIDO 1** | | | | | **APELLIDO 2** | |
|  | | |  | |  | | | | |  | |
| **DIRECCIÓN** | | | | | **LOCALIDAD** | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **PROVINCIA** | | | | | **CODIGO POSTAL** | | | | **TELÉFONO** | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **SOLICITA** | | | | | | | | | | | |
| Conforme a la resolución por la que se hace pública la relación definitiva de aspirantes que han superado el proceso selectivo para el acceso, mediante el sistema de concurso-oposición, a la categoría estatutaria indicada, le sea adjudicada la plaza ofertada que se relaciona a continuación: | | | | | | | | | | | |
| **Nº** | **GERENCIA/ZONA DE SALUD** | | | | | **CIAS** | | | | | **LOCALIDAD** |
|  |  | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **DECLARA** | | | | | | | | | | | |
| A efectos de su nombramiento como personal estatutario fijo de la mencionada categoría, no haber sido objeto de sanción disciplinaria firme de separación del servicio de cualesquiera Administraciones Públicas en los seis años anteriores a la convocatoria, ni de condena mediante sentencia penal firme a la pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta o especial para el ejercicio de funciones públicas, así como no tener la condición de personal estatutario fijo en la misma categoría y en su caso especialidad a la que se opta. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** | | | | | | | | | | | |
| * Documento Nacional de Identidad o pasaporte en vigor * Titulación académica * Certificado de capacidad funcional * Certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales   El abajo firmante, **CONSIENTE** que el Órgano convocante verifique de oficio los datos o documentos que hayan sido expedidos por la Administración Autonómica de Cantabria o que obren en sus archivos o bases de datos.  **En caso de no consentir, marque la casilla**  **debiendo, en este caso, aportar el documento acreditativo correspondiente.** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **ADVERTENCIA** | | | | | | | | | | | |
| Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD** | | | | | | | FECHA |  | | | |
| FIRMA |  | | | |