

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A
PRUEBAS SELECTIVAS Y
LIQUIDACIÓN DE TASAS DE
DERECHOS DE EXAMEN**

(CARTA DE PAGO - EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN)

Los datos en esta solicitud podrán ser mecanizados para su tratamiento por la Administración Sanitaria de Cantabria. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Dirección Gerencia del S.º Cantabro de Salud, Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (39011-Santander) a través del Servicio de Selección y Provisión

DECLARANTE/SUJETO
PASIVO

IMPORTANTE: ANTES DE CONSIGNAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES ANEXAS A ESTE DOCUMENTO

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------------|------|-------|------------|-----------|
| Tipo doc. Iden. | Nº. documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | | | | |
| | | | | | | | | |
| Sexo | Fecha de nacimiento | Nacionalidad | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Domicilio a efectos de notificación | | | | | | | | |
| Tipo de vía | Nombre de la vía pública | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Letra | Cód Postal | Provincia |
| | | | | | | | | |
| Localidad | | Primer teléfono | Segundo Teléfono | Correo electrónico | | | | |
| | | | | | | | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | | | | | | | | |
|--|------|----------------|---|--|---------------|--|----------------|--|
| Orden Convocatoria: | SAN/ | | Nº B.O.C.: | | Fecha B.O.C.: | | Año de la OEP: | |
| | | | | | | | | |
| CÓDIGO | | | NOMBRE COMPLETO DE LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA | | | | | |
| Categoría a la que opta: | | | | | | | | |
| Ejercicio voluntario en caso de estar previsto en la Convocatoria | | | | Turno (indique Turno Libre ó Turno de Promoción Interna) | | | | |
| | | | | | | | | |
| Reserva discapacidad | | Discapacidad % | | Tipo de discapacidad | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Adaptación que se solicita y motivo de la misma | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Declara estar exento de la obligación del pago de los derechos de examen por estar en situación de demanda de empleo | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

DECLARACIÓN

El abajo firmante SOLICITA ser admitido a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.
DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a comunicar a la autoridad convocante cualquier cambio que se produzca en este sentido en su situación personal y a probar o aportar documentalmente los datos legalmente exigibles en el momento en que se le requieran.
CONSIENTE que el Órgano convocante verifique de oficio los datos o documentos que hayan sido expedidos por la Administración Autónoma de Cantabria o que obren en sus archivos o bases de datos, de acuerdo con lo establecido en las Bases reguladoras de la presente convocatoria.
EN CASO DE NO CONSENTIR, MARQUE LA CASILLA DEBIENDO, EN ESTE CASO, APORTAR EL DOCUMENTO ACREDITATIVO CORRESPONDIENTE.

DOCUMENTOS
APORTADOS

Certificado Discapacidad (original ó fotocopia compulsada).
 Copia compulsada de la cartilla/tarjeta de demandante de empleo.
 Otros:

TASAS

Justificación de ingreso de los derechos de examen en la cuenta número **ES57 0049 6742 5829 1621 8065** del Banco Santander
Cuantía (€):

FECHA

| | | | | | | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| DIA | <input type="text"/> | MES | <input type="text"/> | AÑO | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Firma |
| | | | | | | | | | |

INGRESO

A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

Este documento no será válido sin el sello o la validación mecánica
LUGARES DE PAGO:

BANCO SANTANDER

**IMPORTANTE: tras el pago, esta instancia
deberá registrarse en la Administración para
que tenga validez.**

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A
PRUEBAS SELECTIVAS Y
LIQUIDACIÓN DE TASAS DE
DERECHOS DE EXAMEN**

(CARTA DE PAGO - EJEMPLAR PARA EL INTERESADO)

Los datos en esta solicitud podrán ser mecanizados para su tratamiento por la Administración Sanitaria de Cantabria. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Dirección Gerencia del S.º Cantabro de Salud, Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (39011-Santander) a través del Servicio de Selección y Provisión

DECLARANTE/SUJETO
PASIVO

IMPORTANTE: ANTES DE CONSIGNAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES ANEXAS A ESTE DOCUMENTO

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------------|------|-------|------------|-----------|
| Tipo doc. Iden. | Nº. documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | | | | |
| | | | | | | | | |
| Sexo | Fecha de nacimiento | Nacionalidad | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Domicilio a efectos de notificación | | | | | | | | |
| Tipo de vía | Nombre de la vía pública | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Letra | Cód Postal | Provincia |
| | | | | | | | | |
| Localidad | | Primer teléfono | Segundo Teléfono | Correo electrónico | | | | |
| | | | | | | | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | | | | | | | | |
|--|------|----------------|---|--|---------------|--|----------------|--|
| Orden Convocatoria: | SAN/ | | Nº B.O.C.: | | Fecha B.O.C.: | | Año de la OEP: | |
| | | | | | | | | |
| CÓDIGO | | | NOMBRE COMPLETO DE LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA | | | | | |
| Categoría a la que opta: | | | | | | | | |
| Ejercicio voluntario en caso de estar previsto en la Convocatoria | | | | Turno (indique Turno Libre ó Turno de Promoción Interna) | | | | |
| | | | | | | | | |
| Reserva discapacidad | | Discapacidad % | | Tipo de discapacidad | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Adaptación que se solicita y motivo de la misma | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Declara estar exento de la obligación del pago de los derechos de examen por estar en situación de demanda de empleo | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

DECLARACIÓN

El abajo firmante SOLICITA ser admitido a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.
DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a comunicar a la autoridad convocante cualquier cambio que se produzca en este sentido en su situación personal y a probar o aportar documentalmente los datos legalmente exigibles en el momento en que se le requieran.
CONSIENTE que el Órgano convocante verifique de oficio los datos o documentos que hayan sido expedidos por la Administración Autónoma de Cantabria o que obren en sus archivos o bases de datos, de acuerdo con lo establecido en las Bases reguladoras de la presente convocatoria.
EN CASO DE NO CONSENTIR, MARQUE LA CASILLA DEBIENDO, EN ESTE CASO, APORTAR EL DOCUMENTO ACREDITATIVO CORRESPONDIENTE.

DOCUMENTOS
APORTADOS

Certificado Discapacidad (original ó fotocopia compulsada).
 Copia compulsada de la cartilla/tarjeta de demandante de empleo.
 Otros:

TASAS

Justificación de ingreso de los derechos de examen en la cuenta número **ES57 0049 6742 5829 1621 8065** del Banco Santander
Cuantía (€):

FECHA

| | | | | | | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| DIA | <input type="text"/> | MES | <input type="text"/> | AÑO | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Firma |
| | | | | | | | | | |

INGRESO

A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

Este documento no será válido sin el sello o la validación mecánica
LUGARES DE PAGO:

BANCO SANTANDER

**IMPORTANTE: tras el pago, esta instancia
deberá registrarse en la Administración para
que tenga validez.**

(CARTA DE PAGO EJEMPLAR PARA LA ENTIDAD BANCARIA)

Los datos en esta solicitud podrán ser mecánizados para su tratamiento por la Administración Sanitaria de Cantabria. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Dirección Gerencia del S. Cantabro de Salud, Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (39011-Santander) a través del Servicio de Selección y Provisión

DECLARANTE/SUJETO PASIVO

INFORMACIÓN ADICIONAL

TASAS

FECHA

INGRESO

IMPORTANTE: ANTES DE CONSIGNAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES ANEXAS A ESTE DOCUMENTO

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|----------|------|-------|------------|-----------|
| Tipo doc. Iden. | Nº. documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | | | | |
| | | | | | | | | |
| Sexo | Fecha de nacimiento | Nacionalidad | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Domicilio a efectos de notificación | | | | | | | | |
| Tipo de vía | Nombre de la vía pública | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Letra | Cód Postal | Provincia |
| | | | | | | | | |
| Localidad | Primer teléfono | Segundo Teléfono | Correo electrónico | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------|------|--|------------|--|---------------|--|----------------|--|
| Orden Convocatoria: | SAN/ | | Nº B.O.C.: | | Fecha B.O.C.: | | Año de la OEP: | |
| | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------|--|---|--|
| CÓDIGO | | NOMBRE COMPLETO DE LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA | |
| Categoría a la que opta: | | | |

| | | |
|--|--------------------------------------|---------------------|
| Justificación de ingreso de los derechos de examen en la cuenta número | ES57 0049 6742 5829 1621 8065 | del Banco Santander |
| Cuantía (€): | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| DIA | <input type="checkbox"/> | MES | <input type="checkbox"/> | AÑO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Firma |
| | | | | | | | | | | |

A RELLENAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

Este documento no será válido sin el sello o la validación mecánica
LUGARES DE PAGO:

BANCO SANTANDER

IMPORTANTE: tras el pago, esta instancia deberá registrarse en la Administración para que tenga validez.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS

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
 - Año de la Oferta de Empleo Público a la que pertenecen las plazas convocadas.
- **Categoría a la que opta:** Escriba el código numérico y el nombre de la categoría según anexo teniendo en cuenta las convocadas.
- **Turno:** Indique Turno Libre o Turno de Promoción Interna. Los requisitos exigidos para acceder por Promoción Interna, se verificarán de oficio por la Administración convocante, siendo preciso para ello el previo consentimiento del interesado. En caso de no consentir, deberá hacerlo constar marcando una X en la casilla destinada al efecto en el impreso de solicitud, en cuyo caso, dichos requisitos se acreditarán por el aspirante mediante certificación original o copia compulsada del centro donde hubieran prestado servicios y se adjuntará a la solicitud de participación en el proceso selectivo.
- **Reserva discapacidad:** Deberán cumplimentarlo los aspirantes que opten a las plazas del cupo de reserva a personas con discapacidad. Habrán de tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento, debiendo acompañar a la solicitud certificado acreditativo de tal condición (original o fotocopia compulsada), expedido por los órganos competentes. No obstante lo anterior, en caso de que dicha discapacidad haya sido reconocida por la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Administración convocante verificará de oficio la misma, siendo preciso para ello el previo consentimiento del interesado. En caso de no consentir, deberá hacerlo constar marcando una X en la casilla destinada al efecto en el impreso de solicitud, en cuyo caso, el aspirante deberá aportar dicho certificado.
- **Adaptación:** Con independencia de que hagan uso o no de la reserva para discapacitados, aquellos aspirantes que precisen adaptaciones deberán indicarlo en este apartado, y si solicitan la adaptación de medidas de tiempo y/o medios para la realización de las pruebas selectivas en condiciones de igualdad. Para ello harán constar el tipo de discapacidad que poseen y las posibles adaptaciones que precisen para participar en las pruebas selectivas.
- **Exención de tasas:** Quienes estén exentos del pago de Tasa por encontrarse en situación de desempleo, que acreditarán con la presentación de la cartilla de demandante de empleo expedida al menos con un mes de antelación a la fecha de publicación de la Convocatoria, deberán indicarlo en este apartado de la solicitud. . No obstante lo anterior, en caso de que dicha situación de desempleo haya sido tramitada por la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Administración convocante verificará de oficio la misma, siendo preciso para ello el previo consentimiento del interesado. En caso de no consentir, deberá hacerlo constar marcando una X en la casilla destinada al efecto en el impreso de solicitud, en cuyo caso, el aspirante deberá aportar dicho documento.

3.- TASAS: Deberá indicarse la cantidad a abonar dependiendo del grupo de clasificación de la plaza a la que se opte. Recuerde que la solicitud debe llevar necesariamente el sello de ingreso efectuado por la entidad bancaria. En caso de que el pago se haya efectuado mediante transferencia bancaria desde una entidad distinta a la mencionada en la convocatoria, deberá acompañarse a la solicitud el resguardo original acreditativo de haber pagado la Tasa.

4.- FECHA Y FIRMA: No olvide fechar y firmar su solicitud.

ANEXO

| COD. | DESCRIPCIÓN |
|------|--|
| 211 | Técnico en Prevención de Riesgos Laborales, Nivel Superior |
| 304 | Técnico Especialista en Medicina Nuclear |
| 306 | Técnico en Prevención de Riesgos Laborales, Nivel Intermedio |
| 310 | Higienista Dental |
| 919 | Facultativo Especialista de Área Nefrología |
| | |
| | |