**ANEXO II**

**CONFORMIDAD DEL GERENTE DEL CENTRO DONDE SE DESEMPEÑA LA LABOR ASISTENCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | | Nombre |
| Categoría | | Centro de trabajo | |
| Nombramiento de:   * JEFE DE ESTUDIOS EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA * RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA * TUTOR COORDINADOR | | | |
| Localidad | | Provincia | |

D………………………………………….., EN CALIDAD DE GERENTE DEL CENTRO ………………………, EN RELACIÓN CON EL PROFESIONAL ARRIBA INDICADO Y A LOS EFECTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE CONVOCATORIA Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES DE APLICACIÓN,

**MUESTRO CONFORMIDAD**

CON LA PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL INDICADO EN LA PRESENTE CONVOCATORIA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DEL TIEMPO DE DOCENCIA PARA LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA APROBADO PARA EL PERIODO 2016-2019, MEDIANTE RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN DE FECHA 22 DE NOVIEMBRE DE 2017

En…………………….., a…..de……………………..de

(Firma del Gerente del centro)

*De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL PROFESIONALES, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.*

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.**