

ANEXO II

MODELO DE SUBSANACION DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES

Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo por el turno libre, en plazas de la categoría de: TITULADO MEDIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN, convocada por Orden SAN/467/2021, de 12 de Abril (BOCyL nº 80, de 28 de abril de 2021)

Nombre y apellidos:.....NIF:.....

Domicilio:..... Código Postal:.....

Municipio:..... Provincia:..... Teléfono:.....

EXPONE:

- Que he sido **excluida/o provisionalmente** del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
- Que los **datos personales** que aparecen en el listado **son incorrectos**.
- Que no aparezco en el listado de admitidos ni en el de excluidos habiendo presentado la solicitud.

SOLICITA:

- La admisión definitiva** en el proceso selectivo **al proceder a la subsanación** de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

MOTIVO DE EXCLUSION

(Marque con una X la/s que corresponda/n)

FORMA DE SUBSANAR

	ACREDITACIÓN MEDIANTE APORTACIÓN DE ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA
<input type="checkbox"/> 1. Falta firma en la solicitud	Escrito firmado en el que conste que se presenta al proceso selectivo y los datos que aparecen en la solicitud son correctos.
<input type="checkbox"/> 2. No acredita el pago de los derechos de examen	Acreditar el abono íntegro de la tasa, en plazo de solicitudes, mediante la presentación del ejemplar para el órgano gestor del Modelo 046, debidamente validado.
<input type="checkbox"/> 3. No indica en su solicitud poseer la titulación exigida.	Escrito firmado con declaración expresa que se está en posesión de la titulación exigida en la Base Segunda 2.1.c), especificando cuál (Nivel de Titulación indicada más Titulación Específica, de acuerdo con lo establecido en el art. 37 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de Prevención).
<input type="checkbox"/> 4. Pago incompleto de los derechos de examen	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante la presentación del Modelo 046, del resguardo de ingreso o transferencia.
<input type="checkbox"/> 5. No acredita discapacidad	Resolución o certificado de discapacidad y grado, o abono íntegro de la tasa mediante las modalidades de pago establecidas en la Base Tercera 3.3.2.
<input type="checkbox"/> 6. No acredita tener derecho a exención de tasas	Aportar IRPF 2019 conforme a la Base Tercera 3.3.4.c) para exención de pago por familia numerosa o abono íntegro de la tasa aportando Modelo 046.
<input type="checkbox"/> 7. Falta de datos personales	Escrito firmado en el que conste la totalidad de los datos que se deben cumplimentar en la solicitud.
<input type="checkbox"/> 8. Falta turno de acceso	Escrito firmado en el que conste el turno al que se presenta.
<input type="checkbox"/> 9. Fuera de plazo	Acreditación de haber presentado la instancia dentro del plazo establecido (fotocopia compulsada de la instancia presentada)

- Que se corrijan los datos personales** que aparecen en el listado, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.

En..... a ... de de 2021

Firma:

SELLO DE REGISTRO



IMPORTANTE:

Marque con X aquellas casillas a las que corresponda la petición.

No se considerarán válidas las solicitudes sin firmar.

DIRIGIDO A: DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN