

ANEXO III

MODELO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN PARA EL NOMBRAMIENTO DE PERSONAL EMÉRITO DE LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN REGULADO EN EL DECRETO 34/2017, DE 9 DE NOVIEMBRE DE 2017.

1.- Datos Personales:

1.1. Primer Apellido	1.2. Segundo Apellido		1.3. Nombre
1.4. NIF/PASAPORTE	1.5. Teléfono 1	1.6. Teléfono 2	1.7. Domicilio (calle o plaza, nº)
1.8. Correo electrónico	1.9. Localidad	1.10. Provincia	1.11. Código Postal

2.- Datos Profesionales:

2.1. Licenciado sanitario. Categoría y/o especialidad:
2.2. Último destino en la Gerencia Regional de Salud
2.3. Nº de años de prestación de servicios como licenciado sanitario en las II.SS del S.N.S.
2.4. Nº de años de prestación de servicios como licenciado sanitario en centros e II.SS. de la Gerencia Regional de Salud

3.- Presentación por representante. Datos del Representante:

1.1. Primer Apellido	1.2. Segundo Apellido		1.3. Nombre
1.4. NIF/PASAPORTE	1.5. Teléfono 1	1.6. Teléfono 2	1.7. Domicilio (calle o plaza, nº)
1.8. Correo electrónico	1.9. Localidad	1.10. Provincia	1.11. Código Postal

4.- Documentación que se aporta –toda la exigida en el artículo 11 del Decreto 34/2017, de 9 de noviembre-:

- CURRICULUM VITAE
- PROYECTO DE ACTIVIDADES
- CAPACIDAD FUNCIONAL
- COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD –Anexo IV-
- ADJUNTO DEMÁS DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 34/2017, DE 9 DE NOVIEMBRE
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
- AUTORIZO para que se verifiquen y comprueben por el órgano gestor de la presente convocatoria los siguientes datos o documentos que obran en poder de la Gerencia Regional de Salud, relativos al cumplimiento del artículo 3 del Decreto 34/2017, de 9 de noviembre
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
- OTROS DOCUMENTOS
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.

5.- MEDIO POR EL QUE DESEA SER NOTIFICADO:

- CORREO POSTAL
- CORREO ELECTRÓNICO

EL ABAJO FIRMANTE, ACEPTANDO EN SU TOTALIDAD LAS CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA Y BAJO SU RESPONSABILIDAD, DECLARA SER CIERTOS CUANTOS DATOS FIGURAN EN LA PRESENTE SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN ADJUNTA, ASÍ COMO QUE REÚNE LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA PARTICIPAR EN ESTE PROCESO,

SOLICITA

LE SEA ADMITIDA LA PRESENTE SOLICITUD Y CONCEDIDO EL NOMBRAMIENTO DE PERSONAL EMÉRITO EN LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA PARA EL AÑO 2023, DEL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.

(Firma del solicitante)

En.....a.....de.....de 20...

De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, [Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE], y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa a los interesados que los datos que facilitan en este formulario son objeto de protección en los términos y condiciones expuestos en el Anexo V.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud