

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente

C/ Central, 7
Edificio Habitamia
30100 Espinardo
Murcia



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LAS BOLSAS DE TRABAJO ORDINARIAS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

BOLSA DE TRABAJO		
------------------	--	--

DATOS PERSONALES			
NIF/NIE/Pasaporte	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Dirección			Código postal
Municipio	Provincia	Dirección de correo electrónico	
Teléfonos fijos:		Teléfonos móviles:	

Eventual o de sustitución de corta duración

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ÁREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁMBITOS	<input type="checkbox"/> Urgencias de primaria		<input type="checkbox"/> Atención Especializada		<input type="checkbox"/> Equipos de atención primaria		<input type="checkbox"/> Resto Administración Pública		

Eventual o de sustitución de duración media

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ÁREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁMBITOS	<input type="checkbox"/> Urgencias de primaria		<input type="checkbox"/> Atención Especializada		<input type="checkbox"/> Equipos de atención primaria		<input type="checkbox"/> Resto Administración Pública		

Eventual o de sustitución de larga duración

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ÁREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁMBITOS	<input type="checkbox"/> Urgencias de primaria		<input type="checkbox"/> Atención Especializada		<input type="checkbox"/> Equipos de atención primaria		<input type="checkbox"/> Resto Administración Pública		

Nombramiento de tiempo parcial

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ÁREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁMBITOS	<input type="checkbox"/> Urgencias de primaria		<input type="checkbox"/> Atención Especializada		<input type="checkbox"/> Equipos de atención primaria		<input type="checkbox"/> Resto Administración Pública		

ACREDITACIÓN DE PERSONA CON DISCAPACIDAD			
Discapacidad	Porcentaje	Revisable	Fecha de revisión

REQUISITOS DE TITULACIÓN			
<input type="checkbox"/>	Adjunta a la instancia fotocopia compulsada del título o certificación	Centro de expedición	Fecha
<input type="checkbox"/>	Adjunta título		

LICENCIAS Y ACREDITACIONES					
<input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	Rayos X

CONSULTA DE DATOS	
En aplicación de lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los interesados tienen derecho a no aportar documentos que ya se encuentren en poder de la Administración actuante o hayan sido elaborados por cualquier Administración. La Administración actuante podrá consultar o recabar dichos documentos salvo que el interesado se opusiere a ello.	
Manifiesto mi oposición a la siguiente consulta de datos y quedo obligado a presentar la documentación justificativa/acreditativa en la fase del procedimiento que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de la titulación académica exigida por la convocatoria expedida por el Ministerio de Educación y Formación Profesional con posterioridad al año 1991
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de la acreditación de persona con discapacidad por el Instituto Murciano de Acción Social
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de la acreditación de persona con discapacidad del resto CCAA
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de la acreditación del título de familia numerosa expedido por la CARM*
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de la acreditación del título de familia numerosa del resto de CCAA*
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de estar inscrito como demandante de empleo*

*Estos certificados sólo se consultarán a quienes aleguen esas circunstancias para disfrutar de la exención-bonificación en el pago de la tasa prevista en la normativa por tales causas.

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE DELITOS SEXUALES	
En cumplimiento de la Resolución de 20 de junio de 2016, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la instrucción 4/2016, sobre aplicación de las medidas previstas en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor (BORM 15/07/2016) DECLARO no haber sido condenado/a mediante sentencia firme, por alguno de los delitos contemplados en el mencionado artículo, a la vez que:	
En aplicación de lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los interesados tienen derecho a no aportar documentos que ya se encuentren en poder de la Administración actuante o hayan sido elaborados por cualquier Administración. La Administración actuante podrá consultar o recabar la inexistencia de antecedentes penales de delitos sexuales salvo que el interesado se opusiere a ello, en cuyo caso queda obligado a aportar la correspondiente documentación acreditativa en el acto de incorporación.	
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de la acreditación de inexistencia de antecedentes penales de delitos sexuales

Solicito la admisión en la bolsa de trabajo a la que se refiere la presente solicitud y DECLARO que son ciertos los datos consignados en ella y que reúno las condiciones exigidas en la convocatoria arriba mencionada, comprometiéndome a acreditar documentalmente todos los datos que figuran en esta solicitud, a cuyos efectos practico la autoliquidación e ingreso de la Tasa T110 correspondiente.

INFORMACIÓN DE REGISTRO	AUTOLIQUIDACIÓN TASA T110
Entidad: Número de asiento: Fecha de registro:	CAIXABANK ES75 2100.2931.95.1300986719

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD
C/ CENTRAL, 7, EDIFICIO HABITAMIA - 30100 ESPINARDO (MURCIA)

Responsable del tratamiento	Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud
Finalidad del tratamiento	Gestión de los procedimientos de selección de personal estatutario temporal del Servicio Murciano de Salud
Legitimación del tratamiento	Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en el ejercicio de potestades públicas, conforme a la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud; respecto de las categorías especiales de datos la base legitimadora es el interés público esencial (art. 9.1.g) Reglamento de protección de datos.
Destinatarios de cesiones	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal
Categoría y origen de los datos	Datos identificativos, académicos y profesionales, de características personales y circunstancias sociales y categorías especiales de datos. Los datos provienen de los interesados y de la plataforma de interoperabilidad.
Derechos de las personas interesadas	Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación, portabilidad en relación a sus datos personales dirigiéndose al responsable.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos y el delegado de protección de datos en la página web http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\$m Contacto: dpd-sms@carm.es..