

| |
|--|
| |
|--|

Sol·licitud d'admissió a processos selectius per a places de personal estatutari fix del Servei de Salut de les Illes Balears
Solicitud de admisión a procesos selectivos para plazas de personal estatutario fijo del Servicio de Salud de las Islas Baleares

| | |
|---|--|
| Data de la publicació de la convocatòria (BOIB) / Fecha de la publicación de la convocatoria (BOIB) | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Categoria a la qual em present / Categoría a la que me presento | |
|---|--|

| Sistema d'accés / Sistema de acceso | |
|---|---|
| Torn lliure / Turno libre | Torn de promoció interna / Turno de promoción interna |
| Torn lliure / turno libre <input type="checkbox"/> | Torn promoció interna / turno promoción interna <input type="checkbox"/> |
| Torn lliure amb reserva per a discapacitats / Turno libre con reserva para discapacitados <input type="checkbox"/> | Torn promoció interna amb reserva per a discapacitats / Turno promoción interna con reserva para discapacitados <input type="checkbox"/> |

| Dades personals / Datos personales | | | | | | | |
|---|--|---|------------|------------------------------|--|--------------|---|
| 1r llinatge 1º apellido | | 2n llinatge 2º apellido | | Nom Nombre | | | |
| Document d'identitat¹ Documento de identidad | | Data de naixement Fecha de nacimiento | --/--/---- | Nacionalitat Nacionalidad | | Sexe Sexo | Home / Hombre <input type="checkbox"/> Dona / Mujer <input type="checkbox"/> |
| Domicili² Domicilio | | | | | | | |
| Localitat Localidad | | Codi postal Código postal | | Municipi Municipio | | | |
| Telèfon Teléfono | | Adreça electrònica Dirección electrónica | | | | | |

¹ DNI, NIF o passaport / DNI, NIF o pasaporte

² Només a efectes de notificació / Solo a efectos de notificación

| Dades acadèmiques / Datos académicos |
|--|
| Titulació al·legada / Titulación alegada : |

| Nivell de català / Nivel de catalán |
|--|
| <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> LA Homologació de català / Homologación de catalán: |

| Per a persones amb discapacitats / Para personas con discapacidades | | |
|---|---|---|
| Percentatge de discapacitat Porcentaje de discapacidad | % | Adaptació que necessit Adaptación que necesito |

| En cas de promoció interna, indica la categoria d'origen / En caso de promoción interna, indique la categoría de origen |
|---|
| |

| Altres dades / Otros datos | | | |
|--|---|---|---|
| Illa on vull fer l'examen Isla donde quiero hacer el examen | <input type="checkbox"/> Mallorca <input type="checkbox"/> Menorca <input type="checkbox"/> Eivissa | Idioma de l'examen Idioma del examen | <input type="checkbox"/> català / catalán <input type="checkbox"/> castellà / castellano |

| Declaració / Declaración |
|---|
| <p>Sol·licit que se m'admeti en el procés selectiu a què fa referència aquesta sol·licitud. Ahora, declar que són certes totes les dades consignades i que complesc les condicions exigides en la convocatòria i em comprometo a provar-les documentalment. Així mateix, don consentiment perquè l'Administració tracti aquestes dades a l'efecte derivat d'aquesta convocatòria.</p> <p>Solicito que se me admita en el proceso selectivo a que hace referencia esta solicitud. Al mismo tiempo, declaro que son ciertos todos los datos consignados y que cumpla las condiciones exigidas en la convocatoria y me comprometo a probarlas documentalmente. Asimismo, doy mi consentimiento para que la Administración trate estos datos al efecto derivado de esta convocatoria.</p> |
| <p>....., d de 20</p> |
| <p>[rúbrica]</p> |



Consentimiento para obtener datos telemáticamente

De conformidad con el artículo 28.2 (“Documentos aportados por los interesados al procedimiento administrativo”) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, se entiende que la consulta de los datos siguientes está autorizada por el interesado en un procedimiento administrativo:

- datos de identidad;
- títulos universitarios;
- títulos no universitarios;
- inexistencia de antecedentes penales por delitos sexuales.

No obstante, si usted se opone, marque las casillas oportunas.

Primer apellido: Segundo apellido:

Nombre: N.º doc. identidad:

No doy mi consentimiento para que se consulten los datos siguientes:

- ☐ Datos de identidad
- ☐ Títulos universitarios
- ☐ Títulos no universitarios
- ☐ Inexistencia de antecedentes penales por delitos sexuales

....., de de 20.....

[rúbrica]

ÓRGANO DE DESTINO: