

SOL·LICITUD PER PARTICIPAR EN UN PROCÉS DE SELECCIÓ

| | |
|------------|--|
| DESTINACIÓ | SERVEI D'ADMINISTRACIÓ DE PERSONAL (SERVEIS CENTRALS DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS) |
| CODI DIR3 | A04029566 |

SOL·LICITANT

| | | | |
|---------------------|--|----------------|--|
| Núm. doc. identitat | | Nom | |
| Primer llinatge | | Segon llinatge | |

REPRESENTANT

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------------|--|
| Núm. doc. identitat | | Nom | |
| Primer llinatge | | Segon llinatge | |
| Mitjà d'acreditació de la representació | <input type="radio"/> REA | <input type="radio"/> Un altre mitjà | |

COMUNICACIONS

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------|--------|---------------|------------------|-----------------------|---------------|-------------|--|
| Destinatari i canal per rebre les comunicacions | | | | | | | | | |
| Destinatari | <input type="radio"/> | Sol·licitant | | | | <input type="radio"/> | Representant | | |
| Canal de comunicació | <input type="radio"/> | Correu electrònic | | | | <input type="radio"/> | Correu postal | | |
| <input type="checkbox"/> Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018) | | | | | | | | | |
| Adreça electrònica | | | | | | Telèfon | | | |
| Comunicació per correu postal (consignau aquestes dades només si triau aquesta opció) | | | | | | | | | |
| Tipus de via | | | | Nom de la via | | | | | |
| Núm. | Bloc | Escala | Planta | Porta | Punt quilomètric | Polígon | Parcel·la | Codi postal | |
| | | | | | | | | | |
| Localitat | | | | | Municipi | | | | |
| | | | | | | | | | |

| |
|---|
| EXPÒS: |
| Que s'ha publicat una resolució del director general del Servei de Salut de les Illes Balears per la qual es convoca el procés selectiu per cobrir una plaça de la categoria grup administratiu de la funció administrativa de la plantilla orgànica dels Serveis Centrals adscrita |

| |
|--|
| SOL·LICIT: |
| Participar en aquest procés de selecció. |

| | |
|---|--|
| DOCUMENTACIÓ ADJUNTA: | |
| <input type="checkbox"/> Documentació que acredita la titulació requerida | <input type="checkbox"/> Document que acredita el nivell de català |
| <input type="checkbox"/> Documentació que acredita els mèrits avaluable | |

Lloc i data

Signatura

DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR, sota la meva responsabilitat, que les dades consignades i els documents aportats són autèntics; per tant, certifico la veracitat de la informació.

Signatura

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades), i amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades, informam del tractament de les dades personals consignades en aquesta sol·licitud.

Finalitat del tractament i base jurídica. Les dades personals que conté aquesta sol·licitud seran tractades pel Servei de Salut de les Illes Balears i incorporades a l'activitat de tractament «Gestió de drets dels interessats». El tractament d'aquestes dades és necessari per complir una obligació legal.

Responsable del tractament. Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears. C/ de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Destinataris de les dades personals. Altres òrgans de la Comunitat Autònoma, altres òrgans de l'Administració de l'Estat, òrgans de la Seguretat Social i entitats sanitàries.

Termini de conservació de les dades personals. Les dades es mantindran durant el temps que sigui necessari per complir la finalitat per a la qual s'han recollit i per determinar les possibles responsabilitats que es puguin derivar d'aquesta finalitat i del tractament de les dades.

Exercici de drets i reclamacions. Teniu dret a oposar-vos al tractament d'aquestes dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit dirigida al Servei d'Atenció a l'Usuari del Servei de Salut de les Illes Balears (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma) acompanyada d'una còpia d'un document oficial d'identificació (DNI/NIE, permís de conduir o passaport). A més, podeu adreçar-vos a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades i a altres organismes públics competents per a qualsevol reclamació derivada del tractament d'aquestes dades personals.

Delegació de Protecció de Dades. La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció de Gestió i Pressuposts (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és dspd@ibsalut.es.