



## ANEXO 2

### Modelo de solicitud para participar en la convocatoria de provisión del puesto de trabajo de subdirector/subdirectora de Enfermería de Atención Primaria de la Gerencia del Área de Salud de Ibiza y Formentera del Servicio de Salud de las Islas Baleares

|             |                                                                           |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Destino     | Dirección de Recursos Humanos del Servicio de Salud de las Islas Baleares |
| Código DIR3 | A04029518                                                                 |

#### Solicitante

|                     |  |                  |  |
|---------------------|--|------------------|--|
| Núm. doc. identidad |  | Nombre           |  |
| Primer apellido     |  | Segundo apellido |  |

#### Representante

|                                            |                           |                                  |  |
|--------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--|
| Núm. doc. identidad                        |                           | Nombre                           |  |
| Primer apellido                            |                           | Segundo apellido                 |  |
| Medio de acreditación de la representación | <input type="radio"/> REA | <input type="radio"/> Otro medio |  |

#### Comunicaciones

|                                                                                          |        |        |                                          |                  |                   |                                     |          |               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------------------------|----------|---------------|--|
| Destinatario y canal para recibir las comunicaciones                                     |        |        |                                          |                  |                   |                                     |          |               |  |
| Destinatario/ a                                                                          |        |        | <input type="radio"/> Solicitante        |                  |                   | <input type="radio"/> Representante |          |               |  |
| Canal de comunicación <sup>2</sup>                                                       |        |        | <input type="radio"/> Correo electrónico |                  |                   | <input type="radio"/> Correo postal |          |               |  |
| Dirección electrónica                                                                    |        |        |                                          |                  |                   |                                     | Teléfono |               |  |
| Comunicación por correo postal (consigna estos datos sólo si habéis elegido esta opción) |        |        |                                          |                  |                   |                                     |          |               |  |
| Tipo de vía                                                                              |        |        |                                          | Nombre de la vía |                   |                                     |          |               |  |
| Núm.                                                                                     | Bloque | Escala | Planta                                   | Puerta           | Punto kilométrico | Polígono                            | Parcela  | Código postal |  |
|                                                                                          |        |        |                                          |                  |                   |                                     |          |               |  |
| Localidad (y municipio)                                                                  |        |        |                                          |                  | Provincia         |                                     |          |               |  |
|                                                                                          |        |        |                                          |                  |                   |                                     |          |               |  |



EXPONGO:

Que se ha publicado en el BOIB la Resolución de la consellera de Salud por la que se convoca la provisión, por el sistema de libre designación, del puesto de trabajo de subdirector/subdirectora de Enfermería de Atención Primaria de la Gerencia del Área de Salud de Ibiza y Formentera del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Que cumpla los requisitos para optar a este puesto de trabajo.

SOLICITO

Ser admitido/admitida como aspirante en esta convocatoria.

Documentación adjunta

|    |  |
|----|--|
| 1  |  |
| 2  |  |
| 3  |  |
| 4  |  |
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  |  |
| 9  |  |
| 10 |  |

Declaración responsable

DECLARO, bajo mi responsabilidad,

1. Que tengo la capacidad funcional necesaria para cumplir las tareas asignadas al puesto de trabajo convocado:
2. Que no he sido separado/separada del servicio, por medio de un expediente disciplinario, de cualquiera de las administraciones públicas o de los órganos constitucionales o estatutarios de las comunidades autónomas, ni estoy en situación de inhabilitación absoluta o especial para ocupaciones o cargos públicos —por medio de una resolución judicial— para acceder al cuerpo o escala de funcionario o para cumplir funciones similares a las que cumplía (en el caso del personal laboral que haya sido separado). o inhabilitado).

*Nota: en caso de tener la nacionalidad de otro estado, no puede estar inhabilitado ni en una situación equivalente, ni haber sido sometido a ninguna sanción disciplinaria o equivalente que le impida acceder al empleo público en su estado, en los mismos términos.*

3. Que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos, y sé que la inexactitud, la falsedad o la omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69.4 de la Ley 39/2015.

☐ Me opongo que se consulten los datos necesarios para tramitar esta solicitud; por ello aporto los documentos oportunos.

Fecha (excepto si firma electrónicamente)

Rúbrica o firma electrónica