

SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA LA PROVISIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

I.- DATOS DE LA CONVOCATORIA

ESPECIALIDAD: 2023_ADM_Unidad Tecnica
Convocatoria por el sistema de acceso libre

II.- DATOS PERSONALES

D.N.I.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO		CODIGO POSTAL
MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO	

III.- TITULACIÓN ACADÉMICA

EXIGIDA EN LA CONVOCATORIA Y POSEÍDA POR EL ASPIRANTE

IV.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD ⁽¹⁾

- D.N.I o Documento equivalente
- Fotocopia de la titulación exigida o certificación académica.
- Carta de Presentación: Haciendo explícita la Referencia de la plaza a la que opta y la motivación personal de la solicitud la documentación acreditativa de los méritos expuestos
- Certificado de vida laboral.
- Copia de contratos de trabajo con especificación del puesto.
- Certificados de servicios prestados y funciones.
- Currículum Vitae.
- Otros méritos a valorar.

El abajo firmante solicita ser admitido en el proceso selectivo para la especialidad a la que opta en la presente solicitud y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne las condiciones exigidas en la convocatoria anteriormente citada, comprometiéndose a probar documentalmente todos los datos que figuran en esta solicitud.

En Toledo, a de de 2023

(Firma)

SRA. DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN.- Finca La Peraleda, sn -45071 TOLEDO

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Se indica a continuación la información básica relativa al tratamiento a realizar con los datos que usted nos proporciona en el formulario:

Responsable de datos	tratamiento	La Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos para la Investigación y la Integración (G-45568441)
Finalidad		Gestión de solicitudes de participación en proceso selectivo.
Legitimación		Interés legítimo del responsable del tratamiento y del titular de los datos. Consentimiento del interesado.
Destinatarios		No se cederá a tercero los datos contenidos salvo obligación legal.

Los datos que usted nos facilita serán tratados con total confidencialidad y se implantarán todas las medidas de seguridad requeridas para nivel “Básico” según la definición recogida en la legislación vigente en materia de Protección de Datos.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación y rectificación en el ámbito reconocido por la Ley mediante escrito dirigido al responsable del fichero a la dirección ugihnp@externas.sescam.jccm.es

CONSENTIMIENTO

D./D^a. _____, con DNI n° _____, declaro haber sido informado sobre el tratamiento y la finalidad de los datos personales recogidos en los formularios de evaluación anual y doy mi consentimiento para que se efectúe en los términos indicados.

En _____, a _____ de _____ 2023

Fdo.: