

ANEXO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE

A efectos de lo dispuesto en el artículo 4.4 de la Orden SAN/ /2009 de de , por la que se regula el procedimiento ordinario para el reconocimiento individual de grado de carrera profesional en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León.

D./D^a. con DNI
en calidad de solicitante de

DECLARA

CUMPLIR los requisitos exigidos para presentar su solicitud y que son ciertos la totalidad de los datos que figuran en la misma.

Y SE COMPROMETE

A efectuar las autoevaluaciones de acuerdo con lo dispuesto en la presente Orden y con base, exclusivamente, en documentos válidos conforme a lo establecido en la presente Orden y correspondiente Resolución de la convocatoria y a facilitar su colaboración en la realización de cuantas comprobaciones y auditorías se lleven a cabo en relación con la misma.

En ade

Fdo.:

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León le informa que los datos aportados a este formulario serán incorporados a Carrera Profesional del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Pº Zorrilla 1, 47007-Valladolid.