

ANEXO I**SOLICITUD DE ACCESO A GRADO DE CARRERA PROFESIONAL****1.- DATOS PERSONALES:**

1.1. Primer Apellido		1.2. Segundo Apellido		1.3. Nombre		1.4. Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
1.5. NIF	1.6. Teléfono 1	1.7. Teléfono 2	1.8. Domicilio, Calle o Plaza y nº				
1.9. Correo Electrónico @		1.10. Localidad	1.11. Provincia		1.12. Código Postal		

2.- DATOS PROFESIONALES:

2.1. Categoría y / o Especialidad			2.2. Situación Administrativa S. Activo <input type="checkbox"/> Otras.....			
2.3. Régimen Jurídico y Vinculación Estatutario Fijo <input type="checkbox"/> Funcionario. Sanit. Fijo <input type="checkbox"/>		2.4. Centro de Trabajo		2.5 Localidad		2.6. Provincia
2.7. Procedimiento de evaluación por el que opta:						
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Especial <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puestos de carácter directivo <input type="checkbox"/> Excedencia por cuidado de familiares <input type="checkbox"/> Liberado sindical <input type="checkbox"/> Estructura administrativa y de gestión 						
Gerencia:						
2.8. Años de ejercicio en la categoría profesional por la que se accede:						
Total Años..... Meses.....Días.....						
Centro de trabajo	Provincia	Categoría/Especialidad/Cuerpo	Situación (1)	Vínculo (2)	Fecha Inicio	Fecha Fin
(1) Especificar Situación Administrativa: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Servicios Especiales. Indicar causa:..... <input type="checkbox"/> Excedencia por prestar servicios en sector público. Indicar puesto <input type="checkbox"/> Excedencia cuidado familiares <input type="checkbox"/> Otras. Indíquese causa:..... (2) Especificar vínculo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EP (Estatutario Propietario) ▪ ET (Estatutario Temporal) ▪ FC (Funcionario de Carrera) ▪ FT (Funcionario Temporal) ▪ LF (Laboral Fijo) ▪ LT (Laboral Temporal) 						

De conformidad con lo dispuesto en la presente convocatoria y demás disposiciones legales de aplicación,

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

- Reunir los requisitos para optar al Grado de Carrera solicitado
- Y que los datos consignados en la presente solicitud y documentos que se acompañan son ciertos

Y SOLICITO:

El reconocimiento del:

- Grado I de carrera profesional por el procedimiento ordinario
- Grado II de carrera profesional por el procedimiento ordinario
- Grado III de carrera profesional por el procedimiento ordinario
- Grado IV de carrera profesional por el procedimiento ordinario

En la modalidad de:

- Personal estatutario sanitario de Formación Universitaria.
- Personal estatutario sanitario de Formación Profesional.
- Personal estatutario de gestión y servicios de Formación Universitaria.
- Personal estatutario de gestión y servicios de Formación Profesional y Otro Personal.
- Personal funcionario sanitario de Formación Universitaria.
- Personal funcionario sanitario de Formación Profesional.

En la categoría profesional de.....

En a de de

(Firma del solicitante)

AUTORIZA a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la certificación de los servicios prestados necesarios para el pronunciamiento de la correspondiente resolución.

Doy mi CONSENTIMIENTO para que los datos e informaciones aportados en el presente procedimiento, sean almacenados y codificados con la finalidad de su posterior utilización en los procedimientos administrativos para Carrera Profesional en el que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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 su fichero 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

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.