



Nº Procedimiento

180199

Código SIACI

RLKL

ANEXO III

Solicitud subsanación de los defectos motivo de exclusión en el Concurso de Traslados para la provisión de plazas de personal estatutario del SESCAM en las categorías de Personal Facultativo Especialista de Área y de Atención Primaria

DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE

CATEGORIA			
ESPECIALIDAD			
Apellido primero:	Apellido segundo:	Nombre:	
N.I.F.:	Teléfono de contacto:	Correo electrónico de contacto:	
Domicilio:	Localidad:	Provincia:	Cód.Postal:

EXPONE

Que habiendo sido excluido/a provisionalmente en el Concurso de Traslados para plazas de personal estatutario del SESCAM, convocado por Resolución de 16/11/2020 (DOCM nº 239 de 26 de noviembre de 2020) por la/s causa/s abajo indicadas (marcar con una X la/s causa/s de exclusión)

SOLICITA

La admisión en el citado Concurso, procediendo dentro del plazo concedido a la subsanación de los defectos motivo de la exclusión en la forma que a continuación indico:

CODIGO	CAUSA DE EXCLUSIÓN	MARCAR CON X	FORMA DE SUBSANACIÓN
A	Solicitud presentada fuera de plazo.	<input type="checkbox"/>	Acreditar presentación en plazo.
B	No identificación de la plaza desde la que se concursa.	<input type="checkbox"/>	Identificación de la plaza desde la que se concursa.
C	Petición de plazas no convocadas o no codificadas correctamente.	<input type="checkbox"/>	Petición correcta.
D	Indeterminación de la categoría a la que concursa o categoría no convocada.	<input type="checkbox"/>	Determinación de una de las categorías convocadas.
E	Solicitud incompleta o deficientemente cumplimentada.	<input type="checkbox"/>	Aportación de datos omitidos.
F	No acreditar ser estatutario fijo en la categoría a la que se concursa.	<input type="checkbox"/>	Acreditar dicha condición.



CODIGO	CAUSA DE EXCLUSIÓN	MARCAR CON X	FORMA DE SUBSANACIÓN
G	No acreditar la situación administrativa desde la que se concursa (Reingreso o Excedencia).	<input type="checkbox"/>	Acreditar dicha situación.
H	Estar en situación de suspensión firme.	<input type="checkbox"/>	
I	No aportar nombramiento y/o toma de posesión.	<input type="checkbox"/>	Aportar nombramiento y/o toma de posesión.
J	Otros motivos.	<input type="checkbox"/>	
K	No acreditar requisitos específicos	<input type="checkbox"/>	Acreditar requisitos.
L	No cumplir con los requisitos generales	<input type="checkbox"/>	Acreditar requisitos.

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Recursos Humanos
Finalidad	Tratamiento de datos necesarios para el desarrollo de los distintos procesos de provisión de puestos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos. (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.)
Destinatarios	No existe cesión datos.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información detallada en https://rat.castillalamancha.es/info/1163

El/la abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69 punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En a de de 2021

(Firma)