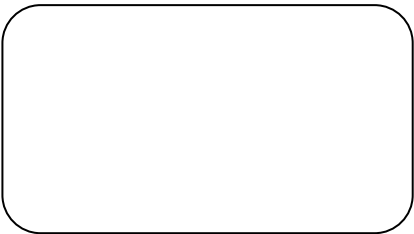


**ANEXO II**



**SOLICITUD DE PROVISIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO POR CONCURSO**

**1.- DATOS PERSONALES**

|                                       |                  |                |                    |
|---------------------------------------|------------------|----------------|--------------------|
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE         |                    |
| DOMICILIO: Calle o plaza y número     |                  |                | N.I.F./N.I.E.      |
| MUNICIPIO                             | PROVINCIA        | CÓDIGO POSTAL  |                    |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>____/____/____ | TELÉFONO FIJO    | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |

**2.- DATOS PROFESIONALES**

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Nº REGISTRO PERSONAL  | TITULACIÓN ACADÉMICA            |
| CUERPO O ESCALA A QUE PERTENECE   | PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA |
| CENTRO DE TRABAJO   | LOCALIDAD - PROVINCIA           |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA QUE SE ENCUENTRA   |                                 |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO ACTIVO <input type="checkbox"/> SERVICIOS ESPECIALES <input type="checkbox"/> EXCEDENCIA VOLUNTARIA |                                 |
| OTRAS _____   |                                 |

**3.- OTROS DATOS DE LA CONVOCATORIA**

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| PERSONAL DISCAPACITADO<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                   | TIPO DE DISCAPACIDAD | SOLICITA ADAPTACIÓN DEL PUESTO<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| CONDICIONA SU PETICIÓN POR RAZÓN DE CONVIVENCIA FAMILIAR<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                      |   |

**4.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PUESTOS POR ORDEN DE PREFERENCIA (ANEXO III/A O ANEXO III/B)                               | <input type="checkbox"/> DECLARACIÓN JURADA PREVISTA EN LA BASE 3.3 b) EN CASO DE EXCEDENCIA VOLUNTARIA |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DE LOS MÉRITOS DE SERVICIOS PRESTADOS Y PERMANENCIA (ANEXO IV)  | <input type="checkbox"/> SOLICITUD DEL CÓNYUGE EN CASO DE PETICIÓN CONDICIONADA                         |
| <input type="checkbox"/> TESTIMONIO DEL ÓRGANO COMPETENTE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA PENA O SANCIÓN EN CASO DE SUSPENSIÓN FIRME |   |

El abajo firmante solicita ser admitido al concurso permanente para la provisión de puestos de trabajo de la **Escala Técnica de Sanitarios Locales**, y DECLARA que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que reúne todos los requisitos exigidos en la convocatoria.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(firma)

**SR./SRA. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA**

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, el SESCAM le informa que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero denominado "gestión de personal" cuyo responsable es la Directora Gerente del SESCAM, con la finalidad de llevar a cabo la gestión de personal de trabajadores del SESCAM. Las cesiones de datos que se produzcan son las autorizadas en la legislación aplicable. La negativa a facilitar los datos puede suponer la imposibilidad de mantener cualquier tipo de relación con usted.  
Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM, Avenida Río Guadiana nº 4, CP 45071 de Toledo, o bien telemáticamente en el siguiente enlace: <https://www.jccm.es/sede/ventanilla/electronica/J5X>  
Para cualquier consulta y/o comentario se puede dirigir a la dirección de correo electrónico [datospersonales@sescam.jccm.es](mailto:datospersonales@sescam.jccm.es)

**ANEXO II  
(CONTINUACIÓN)**

**AUTOVALORACIÓN DE MÉRITOS**

|   | AUTOVALORACIÓN                           | REVISIÓN COMISIÓN |
|---|--|-------------------|
| <b>1.- SERVICIOS PRESTADOS COMO FUNCIONARIO DE CARRERA</b><br>(0,1 puntos por mes completo)<br><br>De _____ a _____ en _____<br><br>De _____ a _____ en _____<br><br>De _____ a _____ en _____<br><br>De _____ a _____ en _____<br><br>De _____ a _____ en _____<br><br><p style="text-align: center;"><b>TOTAL SERVICIOS PRESTADOS</b></p> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |                   |
| <b>2.- MÉRITOS A VALORAR PARA DESEMPATAR:</b><br><br><b>2.1.- SERVICIOS PRESTADOS COMO MIEMBRO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b> (0,02 puntos por mes completo)<br><br><br><b>2.2.- PERMANENCIA EN PUESTO</b> (0,1 puntos por mes completo)   | <br><br><br>                             |                   |

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

**EL/LA SOLICITANTE**

**Fdo.:** \_\_\_\_\_

Hoja nº \_\_\_\_\_

**ANEXO III/B**  
**SOLICITUD DE PUESTOS POR ORDEN DE PREFERENCIA (1)**  
**(Modelo a utilizar para las vacantes producidas a partir de 2007)**

APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

CUERPO O ESCALA \_\_\_\_\_

TITULACIÓN ACADÉMICA \_\_\_\_\_

| CODIGO DE PUESTO | AREA DE SALUD | ZONA BASICA DE SALUD | PROVINCIA |
|------------------|---------------|----------------------|-----------|
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |
|                  |               |                      |           |

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

(Firma)

**(1)** Utilícense cuantos ejemplares de este Anexo sean necesarios, no olvidándose firmar todos y cada uno de ellos.

**ANEXO IV**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE MÉRITOS**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
con domicilio en \_\_\_\_\_  
funcionario del Cuerpo o Escala Técnica de Sanitarios Locales con destino  
en \_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Que de conformidad con lo dispuesto en la base séptima de la Orden de la Consejería de Sanidad de 26 de Septiembre de 2005, por la que se convoca concurso permanente de traslados a puestos vacantes de la Escala Técnica de Sanitarios Locales de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, por esa Secretaría General Técnica se expida certificación con relación a los méritos que a continuación se relacionan:

Servicios prestados como funcionario de carrera en puestos de trabajo para los que se exija la misma titulación académica que el de las plazas convocadas

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ EN \_\_\_\_\_

Tiempo de permanencia en el último puesto de trabajo desempeñado desde el día \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta el de la fecha de terminación de plazo de  
presentación de solicitudes.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma)