



SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Especialidad.....Código.....

Fecha B.O.E.....

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H, M)	NACIONALIDAD
	TELÉFONO	E-MAIL	
DOMICILIO		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO
PROVINCIA	PAÍS		
AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EN CASO DE DISCAPACIDAD: TURNO DISCAPACIDAD (BASE 1.2): Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (X EN LO ELEGIDO)			
GRADO RECONOCIDO: % ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 6.6):			

TÍTULOS ACADÉMICOS

TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA	CENTRO EMISOR
EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL	
OTROS TÍTULOS OFICIALES	CENTRO EMISOR

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

CONSIENTE que el centro gestor el proceso de selección y nombramiento acceda a las bases de datos de la Administración General del Estado, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de facilitar la verificación de los datos de identificación personal y titulación consignados en esta instancia. Adicionalmente se consultará la condición de discapacidad y de familia numerosa si estas condiciones han sido acreditadas en alguna de las Comunidades Autónomas que figuran en la dirección <http://administracion.gob.es/PAG/PID>

Consiento el acceso a las bases de datos a efectos de verificación de los mismos.

(En caso de no consentir debe aportar fotocopia del D.N.I., o título equivalente en caso de ser extranjero, así como fotocopia compulsada acreditativa de la titulación académica exigida, todo ello en los términos y plazos previstos en las bases de la convocatoria y resto de normativa vigente).

Los datos de carácter personal serán tratados por el INGESA e incorporados a la actividad de tratamiento "Selección de Personal Estatutario", cuya finalidad es la selección de personal y provisión de puestos de trabajo mediante convocatorias públicas. Por lo tanto, los datos serán tratados para poder tramitar la solicitud y resolver la convocatoria en la que participen las personas aspirantes.

Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales por el INGESA.

Los datos de carácter personal serán publicados en el Boletín Oficial del Estado y en la página web de INGESA. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y patrimonio documental español. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, mediante escrito dirigido a la siguiente dirección: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, calle Alcalá, nº 56, 28071 Madrid, y podrá solicitar información al delegado de protección de datos en la dirección de correo electrónico dpdingesa@ingesa.mschs.es.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 5.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 5.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

1. Ejemplar para la Administración



SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Especialidad.....Código.....

Fecha B.O.E.....

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H, M)	NACIONALIDAD
	TELÉFONO	E-MAIL	
DOMICILIO		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO
PROVINCIA	PAÍS		
AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EN CASO DE DISCAPACIDAD: TURNO DISCAPACIDAD (BASE 1.2): Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (X EN LO ELEGIDO)			
GRADO RECONOCIDO: % ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 6.6):			

TÍTULOS ACADÉMICOS

TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA	CENTRO EMISOR
EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL	
OTROS TÍTULOS OFICIALES	CENTRO EMISOR

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

CONSIENTE que el centro gestor el proceso de selección y nombramiento acceda a las bases de datos de la Administración General del Estado, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de facilitar la verificación de los datos de identificación personal y titulación consignados en esta instancia. Adicionalmente se consultará la condición de discapacidad y de familia numerosa si estas condiciones han sido acreditadas en alguna de las Comunidades Autónomas que figuran en la dirección <http://administracion.gob.es/PAG/PID>

Consiento el acceso a las bases de datos a efectos de verificación de los mismos.

(En caso de no consentir debe aportar fotocopia del D.N.I., o título equivalente en caso de ser extranjero, así como fotocopia compulsada acreditativa de la titulación académica exigida, todo ello en los términos y plazos previstos en las bases de la convocatoria y resto de normativa vigente).

Los datos de carácter personal serán tratados por el INGESA e incorporados a la actividad de tratamiento "Selección de Personal Estatutario", cuya finalidad es la selección de personal y provisión de puestos de trabajo mediante convocatorias públicas. Por lo tanto, los datos serán tratados para poder tramitar la solicitud y resolver la convocatoria en la que participen las personas aspirantes.

Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales por el INGESA.

Los datos de carácter personal serán publicados en el Boletín Oficial del Estado y en la página web de INGESA. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y patrimonio documental español. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, mediante escrito dirigido a la siguiente dirección: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, calle Alcalá, nº 56, 28071 Madrid, y podrá solicitar información al delegado de protección de datos en la dirección de correo electrónico dpdingesa@ingesa.mschs.es.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 5.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 5.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

2. Ejemplar para la Administración



SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Especialidad.....Código.....

Fecha B.O.E.....

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H, M)	NACIONALIDAD
	TELÉFONO	E-MAIL	
DOMICILIO		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO
PROVINCIA	PAÍS		
AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO)			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EN CASO DE DISCAPACIDAD: TURNO DISCAPACIDAD (BASE 1.2): SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (X EN LO ELEGIDO)			
GRADO RECONOCIDO: %		ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 6.6):	

TÍTULOS ACADÉMICOS

TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA	CENTRO EMISOR
EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL	
OTROS TÍTULOS OFICIALES	CENTRO EMISOR

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

CONSIENTE que el centro gestor el proceso de selección y nombramiento acceda a las bases de datos de la Administración General del Estado, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de facilitar la verificación de los datos de identificación personal y titulación consignados en esta instancia. Adicionalmente se consultará la condición de discapacidad y de familia numerosa si estas condiciones han sido acreditadas en alguna de las Comunidades Autónomas que figuran en la dirección <http://administracion.gob.es/PAG/PID>

Consiento el acceso a las bases de datos a efectos de verificación de los mismos.

(En caso de no consentir debe aportar fotocopia del D.N.I., o título equivalente en caso de ser extranjero, así como fotocopia compulsada acreditativa de la titulación académica exigida, todo ello en los términos y plazos previstos en las bases de la convocatoria y resto de normativa vigente).

Los datos de carácter personal serán tratados por el INGESA e incorporados a la actividad de tratamiento "Selección de Personal Estatutario", cuya finalidad es la selección de personal y provisión de puestos de trabajo mediante convocatorias públicas. Por lo tanto, los datos serán tratados para poder tramitar la solicitud y resolver la convocatoria en la que participen las personas aspirantes.

Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales por el INGESA.

Los datos de carácter personal serán publicados en el Boletín Oficial del Estado y en la página web de INGESA. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y patrimonio documental español. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, mediante escrito dirigido a la siguiente dirección: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, calle Alcalá, nº 56, 28071 Madrid, y podrá solicitar información al delegado de protección de datos en la dirección de correo electrónico dpdingesa@ingesa.mschs.es.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 5.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 5.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

3. Ejemplar para el interesado



SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

Concurso-Oposición para acceso a la condición de personal estatutario fijo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Categoría..... Especialidad..... Código.....

Fecha B.O.E.....

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H, M)	NACIONALIDAD
	TELÉFONO	E-MAIL	
DOMICILIO		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO
PROVINCIA	PAÍS		
AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE LA IDENTIDAD (X EN LO ELEGIDO)			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EN CASO DE DISCAPACIDAD: TURNO DISCAPACIDAD (BASE 1.2): SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (X EN LO ELEGIDO)			
GRADO RECONOCIDO:	%	ADAPTACIÓN QUE SE SOLICITA (BASE 6.6):	

TÍTULOS ACADÉMICOS

TÍTULO EXIGIDO POR LA CONVOCATORIA	CENTRO EMISOR
EN SU CASO, FECHA DE HOMOLOGACIÓN, CONVALIDACIÓN O RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL	
OTROS TÍTULOS OFICIALES	CENTRO EMISOR

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia.

DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo las condiciones exigidas para el ingreso y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en esta solicitud que le fueran requeridos.

CONSIENTE que el centro gestor el proceso de selección y nombramiento acceda a las bases de datos de la Administración General del Estado, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de facilitar la verificación de los datos de identificación personal y titulación consignados en esta instancia. Adicionalmente se consultará la condición de discapacidad y de familia numerosa si estas condiciones han sido acreditadas en alguna de las Comunidades Autónomas que figuran en la dirección <http://administracion.gob.es/PAG/PID>

Consiento el acceso a las bases de datos a efectos de verificación de los mismos.

(En caso de no consentir debe aportar fotocopia del D.N.I., o título equivalente en caso de ser extranjero, así como fotocopia compulsada acreditativa de la titulación académica exigida, todo ello en los términos y plazos previstos en las bases de la convocatoria y resto de normativa vigente).

Los datos de carácter personal serán tratados por el INGESA e incorporados a la actividad de tratamiento “Selección de Personal Estatutario”, cuya finalidad es la selección de personal y provisión de puestos de trabajo mediante convocatorias públicas. Por lo tanto, los datos serán tratados para poder tramitar la solicitud y resolver la convocatoria en la que participen las personas aspirantes.

Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales por el INGESA.

Los datos de carácter personal serán publicados en el Boletín Oficial del Estado y en la página web de INGESA. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y patrimonio documental español. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, mediante escrito dirigido a la siguiente dirección: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, calle Alcalá, nº 56, 28071 Madrid, y podrá solicitar información al delegado de protección de datos en la dirección de correo electrónico dpdingesa@ingesa.mschs.es.

En....., ade.....de.....

(Firma)

INGRESO EN CUENTA DEL BBVA (BASE 5.3): ES31-0182-2370-42-0200066697

IMPORTE:.....€ EN SU CASO, MOTIVO DE EXENCIÓN (BASE 5.4).....

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA (Este documento no será válido sin la certificación mecánica, o, en su defecto, firma autorizada)

SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

4. Ejemplar para la Entidad colaboradora