

ANEXO III SOLICITUD

DATOS PERSONALES.

N.I.F.:	Apellidos y Nombre:		
Domicilio:			
Localidad:	Provincia:	C.P.:	
Teléfono de contacto (prefijo):	Correo electrónico:		
Correo electrónico particular:			
Cuerpo:	Grupo:		
Grado:	NRP:		
Situación Administrativa (marque la que corresponda)		... Servicio activo ... Excedencia/Otras	

DATOS DEL PUESTO DEL TRABAJO ACTUAL.

Destino Definitivo:	...Ministerio de Sanidad	...Otro Ministerio:	
...Otra Admón. Pública:			
Dirección General, Organismo o Dirección Periférica, Comunidad Autónoma, Corporación Local:			
Denominación del Puesto:			
Nivel del Puesto:	Fecha toma posesión:	Código Provincia:	Localidad:

Destino Provisional:			
a) ...Comisión de Servicio		...Nombramiento Provisional	b) ...Reingreso con carácter provisional
c) Supuestos previstos en el Art. 72.1. del Reg. Ing.		...Por cese o remoción del puesto	...Por supresión del puesto
Ministerio / Secretaría de Estado, Organismo o Dirección Periférica, Comunidad Autónoma, Corporación Local:			
Denominación del Puesto:			
Nivel del Puesto:	Fecha toma posesión:	Código Provincia:	Localidad:

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto 523/2006 de 28 de abril y en el Anexo V, apartado 3 de la Orden PRE/4008/2006 de 27 de diciembre (BOE 1-1-2007):

... Se autoriza el acceso a los datos del documento Certificado de Méritos generado en SIGP, con identificador, para valoración de la solicitud en el concurso.

... Autorizo la realización de la consulta de mis datos al Sistema de Verificación de Datos de Residencia (empadronamiento).

... Autorizo, en representación de mi hijo o hija, la realización de la consulta al Sistema de Verificación de Datos de Residencia (empadronamiento).

... Declaro contar con la autorización del familiar cuya mejor atención alego, para la realización de la consulta de sus datos al Sistema de Verificación de Datos de Residencia (empadronamiento).

... Declaro contar con la autorización del familiar cuya mejor atención alego, para la consulta de sus datos de discapacidad a través de la plataforma de intermediación de los servicios.

... Autorizo, en representación de mi hijo o hija, la realización de la consulta sobre discapacidad a través de la plataforma de intermediación de servicios.

ORDEN DE PREFERENCIA	Nº DE ORDEN EN ANEXOS	ANEXO	LOCALIDAD DEL PUESTO SOLICITADO	NIVEL COMPLEMENTO DE DESTINO	COMPLEMENTO ESPECIFICO	PUESTO CONDICIONADO
						...
						...
						...
						...
						...
						...
						...
						...

Si no han transcurrido DOS AÑOS desde la toma de posesión del último destino definitivo se acoge a la Base SEGUNDA, apartado 1

Adaptación del puesto de trabajo por discapacidad (BASE TERCERA)		
SI ... NO ...		
Tipo de discapacidad		
Adaptaciones precisas (resumen)		
Condiciona su petición por convivencia familiar. Familiar con DNI: (BASE TERCERA) con la del funcionario con DNI:		
SI ... NO ...		
Conciliación de la vida personal, familiar y laboral (BASE CUARTA)		
Solicita todos los puestos de acuerdo con lo señalado en la Base Cuarta apartado 5 SI ... NO ...		
Cónyuge	Cuidado de hijo/a	Cuidado de familiar
SI ...NO ...	SI ...NO ...	(Incompatible con cuidado de hijo/a) SI ... NO ...
DNI:	Provincia:	Provincia:
Localidad:	Localidad:	Localidad:
Fecha del matrimonio:	Grado de discapacidad hijo/a igual o superior al 50%	Grado consanguinidad del familiar
	... Sí ... No	... 1º ... 2º
Fecha obtención destino definitivo cónyuge:	Familia Monoparental	Grado discapacidad del familiar igual o superior al 65%
	... Sí ... No	... Sí ... No
	Familia numerosa	
	... Sí ... No	

CONSENTIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE DATOS:
Doy mi consentimiento para que los datos personales que facilito puedan ser utilizados por la Subdirección General de Gestión Sanitaria, para el ejercicio de las competencias que tiene atribuidas en materia de gestión de personal y provisión de puestos de trabajo.
... El consentimiento es necesario para el tratamiento de los datos facilitados.

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE INFORMACIÓN:
Doy mi consentimiento para que la Subdirección General de Gestión Sanitaria consulte la información relacionada a continuación, para el ejercicio de las competencias que tiene atribuidas en materia de gestión de personal y provisión de puestos de trabajo.
... 1. Expediente personal; 2. Identidad; 3. Residencia

La información sin marca de consentimiento deberá aportarse por el interesado.

Antes de dar su consentimiento debe leer la información sobre protección de datos de carácter personal que se presenta a continuación:

RESPONSABLE	Datos de contacto del responsable: Subdirección General de Gestión Sanitaria. Calle de Alcalá 56 28014 MADRID. Teléfono: 913380359. Correo electrónico: personalsscc@ingesa.sanidad.gob.es Delegado de Protección de Datos: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Calle de Alcalá 56 28014 MADRID. Correo electrónico: dpdingesa@ingesa.sanidad.gob.es	
FINES DEL TRATAMIENTO	Gestión de concursos, libres designaciones y procesos selectivos.	
	Plazo de supresión: Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron, siendo de aplicación lo previsto en la normativa de archivos y documentación.	
LEGITIMACIÓN	De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el tratamiento de los datos personales facilitados por usted en este formulario se realizará única y exclusivamente a los efectos de gestión de este procedimiento. La información de este formulario se recoge en función de las competencias de la Subdirección General de Gestión Sanitaria, a la que corresponde las funciones citadas en el apartado d) del artículo 6 del Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del INGESA.	
DESTINATARIOS	Cesiones previstas: Previsión o no de cesiones	Destinatarios: Dirección General de Función Pública. Boletín Oficial del Estado.
	Transferencias a terceros países: Previsión de transferencias, o no, a terceros países	No prevista.
DERECHOS	Puede revocar su consentimiento y ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento o portabilidad a través de la correspondiente notificación ante el Responsable del Tratamiento de sus datos. Asimismo, puede interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) si considera conculcados sus derechos. Con carácter previo a la presentación de una reclamación ante la AEPD, puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos.	

INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
SUBDIRECCION GENERAL DE GESTIÓN SANITARIA
C/ALCALÁ, 56 MADRID 28014

En , a de de 2025 (Firma)

**ANEXO IV
CERTIFICADO DE MÉRITOS**

Don/Doña:

Cargo:

Ministerio u Organismo:

Certifica que el funcionario abajo indicado tiene acreditado los siguientes extremos:

1.-DATOS DEL FUNCIONARIO/FUNCIÓNARIA

NIF:		APELLIDOS Y NOMBRE:			
CUERPO / ESCALA:		GRUPO/SUBGRUPO:		N.R.P.:	
GRADO CONSOLIDADO (1):		FECHA CONSOLIDACIÓN:			
FECHA BOLETÍN OFICIAL.		ORDEN P.S.:		FECHA NOMBRAMIENTO:	
ANTIGÜEDAD (BASADA EN TRIENIOS):		AÑOS,	MESES,	DÍAS, A FECHA DE	
ADMÓN. A LA QUE PERTENECE (2):			TITULACIONES (3):		

2.-SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:

TIPO:

MODALIDAD:

FECHA:

3.-DESTINO:

3.1.- DESTINO DEFINITIVO

DENOMINACIÓN DEL PUESTO	UNIDAD DE DESTINO	NIVEL DEL PUESTO	FECHA DE TOMA DE POSESIÓN	MUNICIPIO

3.2.- DESTINO PROVISIONAL

DENOMINACIÓN DEL PUESTO	UNIDAD DE DESTINO	NIVEL DEL PUESTO	FECHA DE TOMA DE POSESIÓN	FORMA DE OCUPACIÓN	MUNICIPIO

3.3 TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL NIVEL DESDE EL QUE SE CONCURSA:

Años,

Meses,

Días.

4.-MÉRITOS:

4.1.- PUESTOS DESEMPEÑADOS EXCLUIDO EL DESTINO ACTUAL

DENOMINACIÓN DEL PUESTO	UNIDAD ASIMILADA	C.DIRECTIVO	N.PUESTO	AÑOS	MESES	DÍAS

4.2.- CURSOS

DENOMINACIÓN DEL CURSO	CENTRO QUE LO IMPARTIÓ	Nº. HORAS	AÑO	IMP/REC

4.3.- ANTIGÜEDAD: TIEMPO DE SERVICIOS RECONOCIDOS

ADMÓN.	CUERPO O ESCALA	Gr/Sb	AÑOS	MESES	DÍAS

Lo que expido a petición del interesado/a y para que surta efectos en el concurso específico convocado por Resolución de la Subsecretaría de Sanidad, de fecha _____ para la provisión de puestos de trabajo. BOE _____.

En _____, a _____ de _____ de 2025

(firma y sello)

OBSERVACIONES AL DORSO Sí NO

OBSERVACIONES (4)

Firma y Sello

INSTRUCCIONES

(1) De hallarse el reconocimiento del grado de tramitación, el interesado deberá aportar certificación exigida por el órgano competente.

(2) Especifique la Administración a la que pertenece el Cuerpo o Escala, utilizando las siguientes reglas:

C – Administración del Estado

A – Autonómica

L – Local

S – Seguridad Social

(3) Sólo cuando consten en el expediente, en otro caso, deberán acreditarse por el interesado mediante la documentación correspondiente.

(4) Este espacio o la parte no utilizada del mismo deberá cruzarse por la autoridad que certifica.

ANEXO V
CERTIFICADO DE MÉRITOS ESPECÍFICOS

D./D.^a (nombre, apellidos y cargo)

Certifico:

Que el funcionario/a D./D.^a....., con NRP:, ha estado destinado en, desde el hasta el ocupando el puesto de trabajo de y desempeñando durante ese tiempo las siguientes funciones:

.....
.....
.....
.....

A efectos de valoración en el concurso convocado por Resolución de de fecha, BOE de

En, a de de 2025.

Fdo.:

ANEXO VI

Consentimiento para realizar la consulta de verificación de datos de residencia del familiar dependiente/hijo o hija, al que alude la base quinta de la presente convocatoria

Mediante este documento, D./D.^a..... con DNI presto mi consentimiento/autorizo en representación de mi hijo o hija, para la consulta al Sistema de Verificación de Datos de Residencia para que los datos de empadronamiento sean recabados de oficio por parte de la Subdirección General de Gestión Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En, a de de 2025.

Fdo.: