



**Reclamación de los listados provisionales de Bolsa Única en los Centros del Servicio Madrileño de Salud**

**1.- Datos de la categoría:**

Categoría solicitada	
----------------------	--

**2.- Datos del interesado:**

DNI/ NIE		Pasaporte*		Nombre	
Apellido 1º					
Apellido 2º					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº/Km	
Piso		Puerta		CP	
				Localidad	
Provincia				País	
Correo electrónico					
Teléfono Fijo				Teléfono Móvil	
Nacionalidad				Fecha de Nacimiento	

\*cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de DNI/NIE

**3.- Datos de la reclamación:**

<input type="checkbox"/>	<b>NO APARECER NI ADMITIDO NI EXCLUIDO</b> Deberá adjuntar la solicitud registrada.				
<input type="checkbox"/>	<b>APARECER EXCLUIDO</b> Deberá acreditar: DNI, título o solicitud, según la causa de la exclusión.				
<input type="checkbox"/>	<b>RECLAMACIÓN DE PUNTUACIÓN *</b>				
	Experiencia profesional	Puntos reclamados		Correspondientes al sector público	
				Correspondientes al sector privado	
	Formación	Puntos reclamados			

\* En la reclamación por puntuación no se debe presentar ninguna documentación, ya que es una reclamación sobre una documentación ya presentada.

**Información institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

--

**DESTINATARIO**

Consejería de Sanidad - Servicio Madrileño de Salud - Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales – Unidad de Bolsa de Trabajo