



Etiqueta del registro

### ANEXO I

**PROCESO DE CONVOCATORIA PARA CUBRIR 4 PUESTOS DE MEDICO DE EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA (ESADP) PARA LA COBERTURA MEDIANTE LIBRE DESIGNACIÓN. (J039\_25)**

#### 1.- Datos del Interesado:

NIF/ NIE		Apellido 1		Apellido 2	
Nombre			Fecha de Nacimiento		
Nacionalidad			Dirección		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo electrónico					

#### 2.- Datos de el/la representante:

NIF/ NIE		Apellido 1		Apellido 2	
Nombre/Razón social			Correo electrónico		
Fax		Teléfono 1		Teléfono 2	

**3.- Puesto/s al que se concursa/n por orden de preferencia (sólo aquellos en los que el profesional esté interesado):**  
**En el caso de las plazas de Arroyo de la Media Legua, marcar preferencia entre la sustitución de reserva y la vacante.**

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

**4.- Documentación requerida:**

Documentos que se acompañan a la solicitud	
COPIA DNI	<input type="checkbox"/>
COPIA TITULACIÓN REQUERIDA	<input type="checkbox"/>
DECLARACIÓN JURADA O PROMESA DE NO HABER SIDO SEPARADO MEDIANTE EXPEDIENTE DISCIPLINARIO (ANEXO II)	<input type="checkbox"/>
CERTIFICACIONES EXPEDIDAS POR EL GERENTE, DIRECTOR DE GESTIÓN O DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN O INSTITUCIONES ( EN EL SECTOR PRIVADO INFORME DE VIDA LABORAL ACOMPAÑADO DE ORIGINAL O FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE EMPRESA EN EL QUE CONSTE EL TIEMPO DE SERVICIOS PRESTADOS Y LA CATEGORÍA EN LA QUE SE PRESTARON O, EN AUSENCIA DE ESTE, CONTRATO DE TRABAJO), EN LAS QUE EL ASPIRANTE ACREDITE HABER PRESTADO SERVICIOS VALORABLES POR LA PRESENTE CONVOCATORIA	<input type="checkbox"/>
CURRICULUM O HISTORIAL PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LOS MÉRITOS DE FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DE ACUERDO AL BAREMO DEL ANEXO IV	<input type="checkbox"/>

El/La firmante SOLICITA ser admitido/a proceso al que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria.

**INFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir 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 de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.



**Comunidad  
de Madrid**

Gerencia Asistencial  
de Atención Primaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

En Madrid, a ..... de ..... de 2025

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Fichero de participantes en la reorganización interna, convocado por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria", cuya finalidad es disponer por orden de puntuación a los concursantes en cada categoría, a fin de adjudicar las plazas solicitadas según su propia prioridad, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

<b>DESTINATARIO</b>	<b>DIRECCIÓN TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. CONSEJERIA DE SANIDAD SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. CL. San Martín de Porres, nº 6 - Madrid</b>
---------------------	---