

DOCUMENTO DE INCORPORACIÓN: DATOS BÁSICOS RR.HH.

Desde la Dirección de Recursos Humanos (RR.HH.) queremos darle la bienvenida al Hospital Universitario Infanta Leonor. En primer lugar y tras presentarnos la documentación requerida, deberá realizar los siguientes pasos:

1. Personarse en el despacho 2.03 para asignación de taquillas.
2. Personarse en el despacho de Seguridad, para confeccionar la tarjeta de identificación.
3. Personarse en el departamento de lencería, para recoger su uniforme.

DOCUMENTACION A PRESENTAR

Originales y fotocopia de los siguientes documentos:

- ☐ D.N.I. / N.I.F.
- ☐ Nº Cartilla Seguridad Social
- ☐ Carnet de Colegiado
- ☐ Titulación oficial requerida para el puesto (general o especialidad).
- ☐ Certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales o autorización para realizar la consulta
- ☐ Cumplimentar: Modelo 145 "Comunicación de datos al pagador" (Anexo 03 mod145_es_es)
- ☐ Cumplimentar la hoja adjunta del Servicio de Prevención: Aceptación /rechazo reconocimiento médico
- ☐ Informe de Vida Laboral
- ☐ Dossier del Empleado Cumplimentado

DATOS PERSONALES (a cumplimentar por trabajador)

APELLIDOS		NOMBRE		D.N.I. / N.I.E.
DOMICILIO, Nº, PISO Y PUERTA		POBLACION	PROVINCIA	CODIGO POSTAL
Nº COLEGIADO	FECHA NACIMIENTO	POBLACION	PROVINCIA	NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL	TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	EMAIL CORPORATIVO*	

*En caso de no disponer todavía email corporativo, indique uno personal

Madrid ___ de _____ de _____

El Hospital Universitario Infanta Leonor, es una organización libre de humo de tabaco y por tanto no se permite fumar ni utilizar cigarrillos electrónicos en ninguna de sus instalaciones (áreas exteriores incluidas), siendo el trabajador el responsable de su incumplimiento (Ley 3/2014 de 27 de Marzo)

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de iniciar los trámites necesarios para la formalización del presente nombramiento y serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la normativa vigente aplicable. El Responsable del Tratamiento es el Hospital Universitario Infanta Leonor, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Paseo de la Castellana, 280 Madrid, 28046. La base jurídica que legitima el tratamiento es la del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016. Art 6.a) prestación del consentimiento y 6.b) el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales, Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común, Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el vigente Convenio Colectivo para el personal laboral al servicio de la Administración de la Comunidad de Madrid, Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y demás legislación vigente en la materia. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/Doctor Esquerdo, 46, 28007, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

DATOS BANCARIOS

NOMBRE	APELLIDOS
--------	-----------

N.I.F./N.I.E.

CATEGORIA: _____

SERVICIO: _____

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NUMERO DE CUENTA
ES				

Madrid, a _____, de _____, de _____.

NORMAS CUMPLIMENTACION MODELO 145

Actualmente el modelo 145 que está en vigor es el que publicó la Agencia Tributaria, por Resolución del 17 de diciembre de 2013 y según lo dispuesto en dicha Resolución, os detallan unas aclaraciones a dicho formulario.

Apartado 1) la situación familiar 1 la deben marcar los trabajadores que tengan hijos menores de 18 años, que convivan **solamente** con el padre o la madre.

Apartado 4) Es imprescindible aportar resolución judicial que determine las pensiones compensatorias y/o anualidades por alimentos.

Apartado 5) En este apartado, hay que tener en cuenta que la fecha de adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual sea anterior al 01-01-2013, y además que sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores, sea inferior a 33.007,20 euros anuales.

Los datos que cumplimenten serán los que se informarán en la base de datos de nómina, para su cálculo y poder determinar la retención correspondiente, por lo que rogamos se lea detenidamente el formulario y se cumplimenten "todos los apartados necesarios".

Es obligación del trabajador, informar al empleador, de cualquier variación que se pueda producir, con el fin de hacer las regularizaciones pertinentes en la retención.

Para mayor información pueden consultar la página web de la Agencia Tributaria.

No obstante, pueden solicitar mayor porcentaje de retención de IRPF, cumplimentando el apartado siguiente.

SOLICITUD DE INCREMENTO DEL PORCENTAJE DEL IRPF

NOMBRE	APELLIDOS
--------	-----------

N.I.F./N.I.E.

SOLICITO que a partir del mes de _____ de _____, se incremente el porcentaje del IRPF y se aplique una retención sobre mis retribuciones mensuales de un _____%, en concepto de IRPF.

Madrid, a _____, de _____, de _____.

NOTA: Los datos aportados por usted van a ser incorporados a un fichero informático, a efectos de modificación del tipo de IRPF. En cualquier momento podrá hacer uso de los derechos de consulta, modificación y rectificación de sus datos de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO

I. Confidencialidad:

1. Queda expresamente obligado a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión del cumplimiento de su función, especialmente los de carácter personal, que no podrá copiar o utilizar con fin distinto al que esté determinado, ni tampoco ceder a otros ni siquiera a efectos de conservación. Esta obligación subsistirá una vez finalizada la relación laboral entre las partes.
2. Queda prohibida la salida de información propiedad de Hospital Universitario Infanta Leonor, obtenida de sus sistemas de información o de otras fuentes, por cualquier medio físico o telemático, salvo autorización por escrito del Responsable del Tratamiento dicha información.
3. Queda prohibida la captación, grabación, utilización, difusión o comunicación de imágenes de pacientes u otras personas que se encuentren en las instalaciones de Hospital Universitario Infanta Leonor, salvo que se cuente con el consentimiento del interesado.
4. Para el caso de que quede extinguida la relación laboral con Hospital Universitario Infanta Leonor, los datos de carácter personal pertenecientes al mismo que pueda tener bajo control del abajo firmante, deberá destruirlos o devolverlos, por el método acordado, así como cualquier otro soporte o documento en que conste algún dato de carácter personal.
5. En caso de incumplimiento del deber de confidencialidad, Hospital Universitario Infanta Leonor estará facultado para sancionar disciplinariamente, así como solicitar el resarcimiento de los daños que se le hubieren causado, incluso una vez finalizada la relación laboral.

II. Políticas de Seguridad:

6. El abajo firmante se compromete a cumplir la *Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*, publicada mediante la *Orden 491/2013, de 27 de junio*, y todas las políticas, normas y procedimientos de la CSCM, que emanen de la citada Política, así como las que se determinen en materia de seguridad para el tratamiento de datos de carácter personal. Para su conocimiento, se le proporcionará acceso a la normativa que le sea de aplicación.
7. El acceso lógico a los Sistemas de Información y Comunicaciones de Hospital Universitario Infanta Leonor, se hará con la autorización correspondiente, en la forma que se indique y con las medidas de seguridad que se marquen en cada caso, no pudiendo acceder a datos reales sin la autorización por escrito del Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento.
8. Ante cualquier duda que pueda incidir en la seguridad de los Sistemas de Información y Comunicaciones, deberá consultar con su enlace o Responsable en Hospital Universitario Infanta Leonor. La función del enlace será ofrecerle asesoramiento, atender cualquier tipo de consulta o necesidad, transmitir instrucciones, ponerle al corriente de sus cometidos, objetivos, entre otras.



III. Propiedad intelectual:

9. Queda estrictamente prohibido el uso de programas informáticos en los sistemas de información de Hospital Universitario Infanta Leonor sin la correspondiente licencia y/o autorización. Los programas informáticos propiedad de Hospital Universitario Infanta Leonor están protegidos por propiedad intelectual, y por tanto está estrictamente prohibida su reproducción, modificación, cesión o comunicación sin la debida autorización.
10. Queda estrictamente prohibido en los sistemas de información de Hospital Universitario Infanta Leonor, el uso, reproducción, cesión, transformación o comunicación pública de cualquier otro tipo de obra o invención protegida por la propiedad intelectual sin la debida autorización.

IV. Derecho de información:

11. En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, se le informa de que los datos personales que se faciliten serán responsabilidad de Hospital Universitario Infanta Leonor como Responsable del Tratamiento, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid, y cuya finalidad es la contemplada en el presente documento objeto de firma.
12. La base jurídica que legitima el tratamiento es el desarrollo y mantenimiento de una relación laboral. Con esta finalidad sus datos serán conservados durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones estipuladas en la normativa vigente aplicable. Asimismo, se le informa de que los datos no serán comunicados a terceros, salvo en aquellos casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en AV Mediterraneo 82, 28031 Madrid (MADRID), concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Leído y entendido, el abajo firmante se compromete a cumplir los requisitos arriba indicados.

Madrid, ____ de ____ de ____

Nombre: _____

DNI/NIE: _____

Siguiendo el compromiso de Seguridad y Salud del Hospital Universitario Infanta Leonor y en cumplimiento del artículo 18 y 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el personal de nuestro hospital tiene a su disposición la Información General sobre Riesgos Laborales en la intranet y en la carpeta de Z:\Informacion General\Información sobre Prevención de Riesgos Laborales.

Todo el personal de nueva incorporación debe hacerse un reconocimiento médico inicial, específico para cada puesto de trabajo. Para ello deberá solicitar cita con nosotros en la Agenda abierta de Salud Laboral, llamando al

Teléfono: **91 191 80 13** en horario de mañana.

Un cordial saludo,



Fdo.:
Dra. Mª Ángeles Sánchez Uriz
Jefe Servicio de Prevención Mancomunado de Grupo
Hospital Universitario Infanta Leonor

NOMBRE	
APELLIDOS	
DNI	
TELÉFONO	
EMAIL	
CATEGORIA/SERVICIO	/

Fecha

CONSULTA CERTIFICADO DELITOS SEXUALES

D./D^a. _____

con DNI nº _____, y domicilio particular a efectos de notificaciones en:

Dirección: _____

Municipio _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfono móvil: _____ Email: _____

Nacionalidad: _____ País de nacimiento: _____

Provincia de nacimiento: _____ Localidad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y la ley 45/2015 de voluntariado para Trabajar con Menores,

AUTORIZO a D^a M^a del Carmen Pantoja Zarza en su condición de Directora-Gerente del Hospital U. Infanta Leonor para la consulta en mi nombre al Registro Central de Delincuentes Sexuales, la información relativa a la carencia de antecedentes por delitos de naturaleza sexual.

Madrid, a _____, de _____, de _____

CONSULTA TITULACION OFICIAL REQUERIDA

D./D^a. _____

con DNI nº _____, y domicilio particular a efectos de notificaciones en:

Dirección: _____

Municipio _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfono móvil: _____ Email: _____

Nacionalidad: _____ País de nacimiento: _____

Provincia de nacimiento: _____ Localidad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

AUTORIZO a D^a M^a del Carmen Pantoja Zarza en su condición de Directora-Gerente del Hospital U. Infanta Leonor para la consulta en mi nombre al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, la información relativa a la Titulación necesaria para el desempeño de la función.

Madrid, a _____, de _____, de _____

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE VERACIDAD DE COPIAS APORTADAS

D./D^a. _____ con N.I.F. _____, y domicilio en _____, C.P. _____, de la provincia de _____, actuando en nombre propio / o representado por D./D^a. _____ con N.I.F. _____, y domicilio en _____, C.P. _____, de la provincia de _____, en relación con la solicitud/escrito formulado para _____ de conformidad con lo previsto en el art. 69.1 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

MANIFIESTO BAJO MI RESPONSABILIDAD

1. Que cumplo con los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio.
2. Que las fotocopias que acompaño a la presente son fiel copia de los originales que obran en mi poder, que dispongo de la documentación que así lo acredita y que la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida, comprometiéndome a mantener dicha documentación a su disposición durante el tiempo inherente al reconocimiento o ejercicio de mi derecho.
3. Que conozco que la inexactitud o falsedad en cualquier dato o documento que acompaña a esta declaración responsable implicará la nulidad de lo actuado, impidiendo el ejercicio del derecho o actividad afectada, sin perjuicio de la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento del derecho y de las responsabilidades penales o de otro orden que en Derecho procedieren.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en

Madrid, a _____, de _____, de _____

EL INTERESADO,

Fdo.: _____