

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
N.I.F. / N.I..E. *	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL (N.A.F.)*		SEXO
					☐ F ☐ M
GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA* (en caso afirmativo, indicar %)		☐ SI ☐ NO	%		
DOMICILIO COMPLETO (Calle, nº, piso, puerta...)				POBLACIÓN	
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
TITULACIÓN Y ESPECIALIDAD*					
CATEGORÍA				Nº DE COLEGIADO* (si procede por la categoría)	
DATOS BANCARIOS* (ha de ser el titular de la cuenta)					
ES					

Adjuntar documentación acreditativa de los campos señalados con (*)

Autorizo al Hospital Universitario Infanta Sofía a realizar la consulta de los siguientes datos personales, **excepto que expresamente no se autorice la consulta.**

	NO autorizo la consulta y apor to documento
N.I.F. / N.I.E.	☐
Certificado del Registro Central de delincuentes sexuales *	☐
Titulación Académica	☐

	NO autorizo la consulta y apor to documento
Informe de Vida Laboral	☐
Tarjeta o certificado vigente acreditativo del grado de discapacidad expedido por el organo competente de la Comunidad Autonoma	☐

* La ley 26/2015, de 28 julio, establece la obligación de acreditar, para quienes pretendan acceder o ejercer profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, que no tiene antecedentes penales por haber cometido delitos sexuales.

INFORMACIÓN DE OBLIGATORIA LECTURA PARA LA INCORPORACIÓN AL CENTRO

Se adjunta relación de la documentación a la que debe acceder a través del enlace redirigido desde el Código QR (Quick Response) adjunto:

- Códigos de Buenas Prácticas y Guía de actuación ante Riesgo Biológico
- Oferta Vigilancia de la Salud
- Plataforma de Formación e Información HUIS
- Compromiso de Confidencialidad
- Entrega de documentación acerca de los Servicios Prestados
- Información acerca del cumplimiento de la jornada ordinaria (Personal Facultativo)
- Obligación de relacionarse por medios telemáticos con la Administración



En el caso de no poder acceder, póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos (rrhh.huis@salud.madrid.org)

Leído y entendido, el abajo firmante se compromete a cumplir los requisitos indicados en dichos documentos.

INFORMACIÓN GENERAL**Homologación Carrera Profesional reconocida en otra Comunidad Autónoma**

Si dispone de un nivel de Carrera Profesional reconocida en otra CC.AA, ha de solicitar su homologación en la **Subdirección General de Relaciones Laborales y Actuaciones Jurídicas (SERMAS)** a través del siguiente enlace:

<https://sede.comunidad.madrid/autorizaciones-licencias-permisos-carnes/tramites-rrhh-sermas>

Una vez incorporado al Centro, tendrá acceso a la **Intranet corporativa** desde los equipos informáticos del propio hospital. En ella podrá consultar documentación, procedimientos, normativa interna e información de interés relacionada con su vinculación laboral y con los distintos trámites gestionados por el Departamento de Recursos Humanos.

En San Sebastián de los Reyes, a de.....de 20.....

Fdo.: _____

En cumplimiento de lo dispuesto en el *Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016, en la Ley orgánica de 3/2018 de 5 diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y resto de normativa aplicable*. Los datos proporcionados se conservarán por un periodo indeterminado, para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por ley.