

ANEXO II

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

SOLICITUD de participación en el Concurso específico convocado por Resolución de la Subsecretaría de Sanidad, de fecha _____ para la provisión de puestos de trabajo en la ONT. BOE _____ -

DATOS DEL FUNCIONARIO/FUNCIONARIA

NIF:				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
DOMICILIO:				
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CONTACTO			CORREO ELECTRÓNICO	
Nº REGISTRO PERSONAL		GRUPO	GRADO	CUERPO / ESCALA
ORGANISMO DE DESTINO ACTUAL			PROVINCIA DE DESTINO ACTUAL:	
<input type="checkbox"/> Autorizo la realización de la consulta al Sistema de Verificación de Datos de Residencia (empadronamiento) 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).				

Nº ORDEN DEL PUESTO SOLICITADO	CÓDIGO DE PUESTO	NIVEL COMPLEMENTO DE DESTINO	COMPLEMENTO ESPECÍFICO	PUESTO CONDICIONADO
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

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

Adaptación del puesto de trabajo por discapacidad (Base Tercera.2) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de discapacidad: Adaptaciones precisas (resumen):		
Condiciona su petición por convivencia familiar (Base Tercera.3) con la del funcionario con DNI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Conciliación de la vida personal, familiar, laboral (Base Cuarta I.5):		
Destino previo del cónyuge funcionario:	Cuidado de hijo/a	Cuidado de familiar (Incompatible con cuidado de hijo/a)
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DNI:	Provincia:	Provincia:
Localidad:	Localidad:	Localidad:

Declaro bajo mi responsabilidad, que conozco expresamente y reúno los requisitos exigidos en la convocatoria para desempeñar el/los puesto/s que solicito y que los datos y las circunstancias que hago constar en el presente anexo son ciertos.

En _____, a _____ de _____ de 2023

Firma

Le informamos que, 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 su solicitud de participación en el concurso específico en la Organización Nacional de Trasplantes.

En ningún caso, los datos serán objeto de comunicación o cesión a terceros, sin contar con el consentimiento expreso del afectado, salvo en aquellos casos legalmente previstos.

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.

Responsable del Tratamiento: Organización Nacional de Trasplantes. Dir. Postal: C/Sinesio Delgado 6-8, pabellón 3, 28029-Madrid. Teléfono: 91 727 86 99. Correo electrónico: ont@sanidad.gob.es. Delegado de Protección de Datos: rgpd@ont.es

Organización Nacional de Trasplantes
 Secretaría General
 C/ Sinesio Delgado 6-8. 28029-Madrid