

## ANEXO I

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A PROCESOS SELECTIVOS PARA PLAZAS DE PERSONAL  
ESTATUTARIO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN**

CÓDIGO CONVOCATORIA:	
----------------------	--

## 1.- DATOS DEL SOLICITANTE

N.I.F.	APELLIDOS	NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	TELÉFONO	
DIRECCIÓN			
		Nº	Pº
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	
Titulación:		Categoría con nombramiento fijo de Personal Estatutario	
Centro de expedición:			

2.- CONVOCATORIA (Categoría/Especialidad) .....

TIPO DE ACCESO: Libre  Promoción de la Administración  Personas con discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD Y ADAPTACIÓN QUE SOLICITA .....

## 3.- DATOS A CONSIGNAR SOLO FACULTATIVOS SEGÚN BASES DE LA CONVOCATORIA

SI <input type="checkbox"/>	Ávila <input type="checkbox"/>	El Bierzo <input type="checkbox"/>	Segovia <input type="checkbox"/>	Valladolid Oeste <input type="checkbox"/>
	Burgos <input type="checkbox"/>	Palencia <input type="checkbox"/>	Soria <input type="checkbox"/>	Zamora <input type="checkbox"/>
	León <input type="checkbox"/>	Salamanca <input type="checkbox"/>	Valladolid Este <input type="checkbox"/>	

## TASA POR PARTICIPAR EN PRUEBAS SELECTIVAS DE PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD

AUTOLIQUIDACIÓN	PRUEBAS DE ACCESO AL GRUPO:      A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	CUOTA .....
	<input type="checkbox"/> Reducción por promoción interna 50%, en el supuesto de convocatoria conjunta con turno libre <input type="checkbox"/> Exención por discapacidad igual o mayor al 33% <input type="checkbox"/> Otros
	CUOTA A INGRESAR .....

El que suscribe solicita ser admitido a las pruebas reseñadas y **DECLARA** que son ciertos los datos consignados y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos consignados.

En ....., a ..... de ..... de 20....  
Firma

**INGRESO**

**Nombre del establecimiento de crédito: CAJA DUERO**  
Queda abonado el importe de esta autoliquidación.

Son .....

Fecha.....

Sello y firma .....

(Este documento no será válido sin la certificación mecánica o sello de la entidad depositaria)

Ilmo.Sr. ....  
De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Gerencia Regional de Salud le informa que los datos aportados en este formulario, serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado  
Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Gerencia Regional de Salud, Paseo Zorrilla, 1 – 47007 Valladolid.