

 <small>FUNDACIÓ SERVEIS SOCIALS DEL MONTSIÀ</small>	DECLARACIÓ RESPONSABLE	Versió 2
		2022
	ANNEX 1	

Sol·licitud per a la participació en processos de selecció

Dades de l'interessat/ada

Cognoms, Nom		DNI/NIE	
Adreça(*)		Data naixement / /	
Població(*)	Província / País (*) (1)	CP(*)	Sexe
<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona			
Telèfon(*)	Correu electrònic (*)		

Convocatòria

Titulació acadèmica (reglada i/o homologada) (estudis finalitzats amb l'obtenció del títol o certificat de pagament del títol)

<input type="checkbox"/> Graduat ESO	<input type="checkbox"/> FP2/CFGS	<input type="checkbox"/> Grau
<input type="checkbox"/> FP1/CFGM	<input type="checkbox"/> Diplomatura	<input type="checkbox"/> Llicenciatura
<input type="checkbox"/> Batxillerat		

Documents que s'adjunten (encasdeno adjuntant tota la documentació requerida no es podrà iniciar el tràmit)

Els documents a aportar en tots els casos són:

DNI, NIE o passaport originals, per facilitar la identificació de l'interessat

Currículum Vitae

Original i fotocòpia de la titulació requerida

Original i fotocòpia del nivell C de català o equivalent.

Declaració responsable

Mèrits

Acreditar certificació consistent a no haver estat condemnat per sentència ferma en algun dels delictes previstos a la LOPJM.

Altres

D'acord amb el Reglament UE 2016/679 del Parlament i del Consell de data 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques amb el que respecta al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, el responsable de recopilar i tractar les seves dades és l'Hospital Comarcal d'Ampostas SAM, amb domicili social al carrer Jacint Verdaguer número 11-13 d'Ampostas (43870- Tarragona). La finalitat del seu tractament es relaciona expressament amb la sol·licitud o petició que vostè presenta, per tal de poder prestar-li els serveis addidients. Les dades no es cediran a tercers, excepte obligació legal. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat l'Hospital Comarcal d'Ampostas SAM, o per e-mail a protecciodades@hcamposta.com. La inexactitud, falsedat o omissió en les dades, o la no presentació d'aquesta, determinen la impossibilitat d'exercir l'activitat afectada des del moment en què se'n tingui constància, sense perjudici de les responsabilitats que puguin derivar-se, (article 38 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions). Per a més informació pot consultar la nostra nova política de privacitat (<https://www.hcamposta.cat/politica-privacitat/>).

Dono el consentiment perquè les meves dades puguin ser tractades per a la finalitat esmentada

Data autorització (/ /)(*) Lloc(*) / /

(*) Camps d'entrada obligatòria

(1) Província/País: Indicar el país només en el cas d'adreces ubicades a fora d'Espanya. Per a la resta indicar la província.