



Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE PARTICIPACION EN LA CONVOCATORIA PARA LA COBERTURA DE PERSONAL ESTATUTARIO DE PLAZAS DE PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

1.- Datos del interesado:

NIF/ NIE		Apellido 1		Apellido 2	
Nombre				Razón Social	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo electrónico					

2.- Datos de el/la representante:

NIF/ NIE		Apellido 1		Apellido 2	
Nombre				Razón Social	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo electrónico					

3.- Datos Administrativo para Promoción Interna Temporal

Categoría del concursante	
Destino actual como personal fijo	

4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía	Nombre vía		Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

5.- Documentación requerida:

Documentos que se acompañan a la solicitud	
Certificación de Servicios Prestados	<input type="checkbox"/>
Certificado cursos de formación	<input type="checkbox"/>
Copia de otra documentación	<input type="checkbox"/>
En el caso de optar por medio de representante, adjuntar autorización de representación	<input type="checkbox"/>
La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y apporto documento
DNI	<input type="checkbox"/>
Títulos Académicos o habilitación para ejercicio de psicología clínica	<input type="checkbox"/>



Comunidad de Madrid

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En Madrid, a..... de..... de.....

PUNTUACION

--

(A rellenar por la Administración)

FIRMA

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero de participantes en las pruebas selectivas para acceso a plazas de Personal Estatutario del Servicio Madrileño de Salud, cuya finalidad es relativa a la gestión de personal y podrán ser cedidos en los casos previstos en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Servicio Madrileño de Salud
Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS



Comunidad de Madrid

Instrucciones

En este apartado se contemplan los diferentes campos de la Plantilla propuesta anteriormente a modo de guía para su posterior elaboración.

Valores admitidos para el campo, si el formato es específico se define la plantilla entre corchetes, con "A" para datos de tipo carácter y "9" de tipo numérico, por ejemplo IBAN : [AA99]

Si el campo contiene botones de opción se informa de los literales que incluye cada una de ellas

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
1. DATOS DEL INTERESADO				
NIF/ NIE	Número del NIF que identifica al interesado	Alfanumérico	Sí	Comprobar que sea un NIF/ NIE válido. Validar que el NIF del Certificado coincida con el del Interesado o con el del Representante
Apellido 1	Primer apellido del interesado	Texto Libre	Sí, se debe cumplimentar: - o bien el apellido 1 y el nombre - o bien la razón social.	
Apellido 2	Segundo apellido del interesado	Texto Libre	No	
Nombre	Nombre del interesado	Texto Libre	Sí, se debe cumplimentar: - o bien el apellido 1 y el nombre - o bien la razón social.	
Razón Social	Razón Social del interesado persona jurídica	Texto Libre	Sí, se debe cumplimentar: - o bien el apellido 1 y el nombre - o bien la razón social.	
Correo electrónico	Dirección de correo del interesado	Texto Libre	No	Comprobar que sea un correo electrónico válido



Comunidad de Madrid

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Fax	Número de Fax del interesado	Alfanumérico	No	
Teléfono Fijo	Número de teléfono fijo del interesado	Alfanumérico	No	
Teléfono Móvil	Número de teléfono móvil del interesado	Alfanumérico	No	
2. DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE NOTA 1: Si se cumplimenta el NIF/ NIE pasarán a ser obligatorios: - O bien Nombre y Apellido 1 - O bien Razón Social				
NIF/ NIE	Número del NIF que identifica al representante	Alfanumérico	No	Validar que el NIF sea correcto y que el Certificado coincida con el del Interesado o con el del Representante
Apellido 1	Primer apellido del representante	Texto Libre	Según NOTA 1	
Apellido 2	Primer y segundo apellido del representante	Texto Libre	No	
Razón Social	Nombre o Razón Social del representante	Texto Libre	Según NOTA 1	
Nombre	Nombre o Razón Social del representante	Texto Libre	Según NOTA 1	
Correo electrónico	Dirección de correo del representante	Texto Libre	No	
Fax	Número de Fax del representante	Alfanumérico	No	
Teléfono Fijo	Número de teléfono fijo del representante	Alfanumérico	No	
Teléfono Móvil	Número de teléfono móvil del representante	Alfanumérico	No	
3.- DATOS ADMINISTRATIVOS PAR PROMOCION INTERNA TEMPORAL				
Categoría del concursante	Categoría del concursante	Texto libre	si	



Comunidad de Madrid

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Destino actual en propiedad	Destino actual en propiedad	Texto libre	SI	
4. MEDIO DE NOTIFICACIÓN				
Medio de notificación	Campo en el que el ciudadano debe marcar de forma específica el modo en el que desea ser notificado/a	Botón de Opción	Sí	<ul style="list-style-type: none">• Deseo ser notificado/a de forma telemática• Deseo ser notificado/a por correo certificado
5. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA				
Documentación consultable por ICDA	Documentación requerida en la solicitud que puede ser consultada por la CM a través del sistema ICDA con la previa autorización del solicitante, o bien adjuntada por éste.	Botón de Opción	No	<ul style="list-style-type: none">• Se aporta en la solicitud• Autorizo consulta
Documentación no consultable por ICDA	Documentación requerida en la solicitud que no puede ser consultada a través del sistema ICDA y que el solicitante debe adjuntar a la solicitud.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none">• Sí• No