

**ANEXO I
Anverso**

| REGISTRO DE ENTRADA |
|---------------------|
| |
| |

SOLICITUD DE SUBSANACION DE ERRORES Y CAUSAS DE EXCLUSION EN EL PROCEDIMIENTO SELECTIVO PARA EL ACCESO A PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DE LA CATEGORIA DE FACULTATIVO ESPECIALISTA EN NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (Convocatoria 25/IX/2019 BOPA 20/XII/2019)

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--|-----------|------|-------|
| NIF/NIE | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | | |
| | | | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | PAIS DE NACIMIENTO | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| NACIONALIDAD | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ESPAÑOLA | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DE OTROS ESTADOS MIEMBROS DE LA U.E. O DEL E.E.E. | | | | ESPECIFICAR NACIONALIDAD: | | | | |
| | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> APLICACIÓN DE TRATADO INTERNACIONAL, RATIFICADO POR ESPAÑA DE LIBRE CIRCULACION DE TRABAJADORES | | | | ESPECIFICAR NACIONALIDAD: | | | | |
| | | | | | | | | |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES | | | | | | | | |
| TIPO DE VIA | NOMBRE DE LA VIA PUBLICA | | | | | Nº | PISO | LETRA |
| | | | | | | | | |
| CODIGO POSTAL | | POBLACION | | MUNICIPIO | | PROVINCIA | | PAIS |
| | | | | | | | | |
| TELEFONO FIJO | | TELEFONO MOVIL | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| | | | | | | | | |

CAUSAS DE EXCLUSION: (* Cumplimentar con una **X** el recuadro de la/s causa/s por las que haya sido excluido)

| (*) | CAUSAS DE EXCLUSION | DOCUMENTO APORTADO |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Solicitud presentada fuera de plazo | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | No tener cumplidos 16 años | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | Exceder de la edad de jubilación legalmente establecida | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | Falta del requisito de la nacionalidad | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | Haber sido separado de servicio mediante expediente disciplinario o hallarse inhabilitado por sanción o pena para el ejercicio de funciones públicas. | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | Enmienda, marca o tachadura que impida identificar alguno de los datos que resulten imprescindibles para su valoración. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I aportando copia del Documento Nacional de Identidad |

ANEXO I REVERSO

CAUSAS DE EXCLUSIÓN: (* Cumplimentar con una X el recuadro de la/s causa/s por las que haya sido excluido)

| (*) | CAUSAS DE EXCLUSION | DOCUMENTO APORTADO |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Poseer plaza en propiedad en la categoría como personal estatutario fijo, cualquiera que sea su situación administrativa. | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | No haber realizado el abono de las tasas de derecho de examen dentro del plazo establecido | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva |
| | Falta de firma en la solicitud. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I sin olvidar estampar la firma. |
| | Haber realizado un abono incompleto de las tasas de derecho de examen | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I junto con el documento acreditativo de haber abonado, dentro del plazo establecido para la subsanación, el importe que resta para completar el importe total de las tasas de derecho de examen. |
| | No presentar el documento acreditativo de haber abonado las tasas de derecho de examen | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I junto con el documento acreditativo de haber abonado las tasas de derecho de examen dentro del plazo establecido en la convocatoria. |
| | Impreso 046 sin sellar o mecanizar por la entidad bancaria | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I junto con certificación bancaria con los datos de fecha, cuantía y código de concepto en el que se han abonado las tasas de derecho de examen. |
| | Impreso 046 sin el dato específico del Código de Concepto | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I junto con certificación bancaria de haber abonado las tasas de derecho de examen en el código de concepto establecido en la convocatoria. |
| | No abonar las tasas de derecho de examen en el código de concepto establecido en la convocatoria | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I, junto con el documento acreditativo de haber abonado las tasas de derecho de examen en el código de concepto establecido en la convocatoria. |
| | Datos personales de la solicitud incompletos o incorrectos. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I completado con todos los datos personales. |
| | No consignar el turno de acceso por el que participa. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I indicando el turno de acceso por el que participa. |
| | No cumplir los requisitos previstos para el acceso por el turno de promoción interna. | Esta causa da lugar a la exclusión definitiva del turno de promoción interna salvo que el solicitante pudiera acreditar, dentro del plazo establecido para la subsanación, los requisitos relacionados con el acceso por el turno de promoción interna según lo exigido en la convocatoria. |
| | No acreditar los requisitos previstos para el acceso por el turno de discapacidad. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I, junto con la Resolución de la administración competente por la que se le haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. |
| | No cumplimentar la solicitud mediante el acceso a la página web prevista en la convocatoria. | Ver Nota Informativa subsanación causa de exclusión 19 en www.astursalud.es (Inicio>Profesionales>RRHH> Procesos selectivos) |
| | Presentar solicitud donde no consta la fecha de entrada en el Registro. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I junto con documento que acredite que la solicitud fue depositada en correos o en un registro oficial dentro del plazo establecido en la convocatoria. |
| | No aparecer en los listados de admitidos o excluidos. | Remisión a la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias del modelo para subsanación incluido en el Anexo I junto con la copia de la solicitud presentada, en forma y plazo válido y la documentación acreditativa del abono de las tasas de derecho de examen realizado dentro del plazo establecido en la convocatoria. |
| | Solicitar turno en el que no se ofertan plazas | Remisión a la Dirección de Profesionales del SESPA del modelo de subsanación Anexo I consignando el turno correcto de participación. |

El abajo firmante manifiesta la voluntad de participar en el proceso selectivo en los términos determinados en su solicitud y declara que son ciertos los datos consignados en ella, reuniendo los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a aportar documentalmete todos los datos en el momento que se le requiera y manifestando igualmente no haber sido separado mediante expediente disciplinario, de cualquier Servicio de Salud o Administración Pública en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso para la correspondiente profesión.

| FECHA | | | FIRMA |
|-------|-----|-----|-------|
| DIA | MES | AÑO | |
| | | | |

Conforme al Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) y de la normativa nacional vigente en la materia, se le informa que sus datos serán incorporados al fichero automatizado del Servicio de Salud del Principado de Asturias, cuyo responsable es la Dirección de Profesionales (Plaza del Carbayón, 1y2 33001 Oviedo), ante la cual podrá, mediante escrito, ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados.