

RECLAMACIÓ / AL·LEGACIONS

contra les llistes provisionals del procediment extraordinari d'integració del Servei de Salut de les Illes Balears

DESTINACIÓ	
CODI DIR3	

DADES PERSONALS I PROFESSIONALS DEL SOL·LICITANT

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Categoria			
Institució	☐ Servei de Salut de les Illes Balears / Sistema Nacional de Salut		
	☐ Una altra administració pública		

REPRESENTANT

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Mitjà d'acreditació de la representació ¹	☐ REA ☐ Un altre mitjà		

COMUNICACIONS

Destinatari i canal per rebre les comunicacions								
Destinatari	☐ Sol·licitant				☐ Representant			
Canal de comunicació	☐ Correu electrònic / telèfon				☐ Correu postal			
☐ Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018)								
Comunicació per correu postal (consignau aquestes dades només si triau aquesta opció)								
Tipus de via			Nom de la via					
Núm.	Bloc	Escala	Planta	Porta	Punt quilomètric	Polígon	Parcel·la	Codi postal
Localitat					Municipi ²			
Comunicació per correu electrònic o telèfon (consignau aquestes dades només si triau aquesta opció)								
Adreça electrònica					Telèfons			

DADES DEL PROCEDIMENT EXTRAORDINARI D'INTEGRACIÓ

Categoria	
Data de la Resolució	

AL·LEGACIONS³:

Que, en relació a la sol·licitud presentada en el procediment indicat, de conformitat amb l'article 76 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, formul les al·legacions següents:

DOCUMENTACIÓ APORTADA⁴:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

AUTORITZACIÓ

D'acord amb l'article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques:

M'opòs que l'òrgan gestor del procediment obtengui o comprovi directament les dades i la documentació per mitjà de l'Administració pública per a aquest procediment.

DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR, sota la meva responsabilitat, que les dades consignades i els documents aportats són autèntics; per tant, certific la veracitat de la informació.

Data [excepte si hi signau electrònicament]

Rúbrica o signatura electrònica

INSTRUCCIONS:

Podeu emplenar el formulari directament amb l'ordinador, però si hi escriviu a mà emprau preferentment lletres majúscules. No oblideu els accents que siguin necessaris.

Explicació d'alguns detalls:

1. Si el representant acredita la representació per un mitjà diferent de la inscripció en el Registre Electrònic d'Apoderaments (REA), ha de presentar el document que ho acrediti.
2. Consignau el municipi només si la denominació no coincideix amb la de la localitat.
3. Exposau les al·legacions en què es basa la reclamació.
4. Indicau la documentació que adjunteu, si és possible en el mateix ordre en què la presentareu en el moment de formalitzar la sol·licitud.

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

El responsable del tractament de les dades personals consignades en aquest formulari és la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, amb seu al carrer de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Aquestes dades seran tractades amb la finalitat de gestionar la contractació, la nòmina, les prestacions socials i els serveis interns, els expedients administratius relacionats amb la gestió de recursos humans i amb la finalitat d'una possible gestió sancionadora. Les dades seran incorporades a l'activitat de tractament «Gestió de personal».

Teniu dret a oposar-vos al tractament de les dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. A més, teniu dret a presentar una reclamació davant una autoritat de control. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit al Servei a l'Usuari de la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, situat al carrer de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció de Gestió i Pressuposts (C/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és dpd@ibsalut.es.

Si voleu més informació sobre el tractament de les dades personals, visiteu l'apartat «Registre d'activitats de tractament» del web del Servei de Salut escanejant aquest codi QR.

