

RECLAMACIÓN / ALEGACIONES

contra las listas provisionales del procedimiento extraordinario de integración del Servicio de Salud de las Islas Baleares

DESTINO	
CÓDIGO DIR3	

Datos personales y profesionales del solicitante

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Categoría			
Institución	☐ Servicio de Salud de las Illes Balears / Sistema Nacional de Salud		
	☐ Otra administración pública		

Representante

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Medio de acreditación de la representación ¹	REA	Otro medio	

Comunicaciones

Destinatario y canal para recibir las comunicaciones								
Destinatario		Solicitante				Representante		
Canal de comunicación		Correo electrónico / teléfono				Correo postal		
Comunicación por correo postal (Consigne estos datos solo si elige esta opción)								
Tipo de vía		Nombre de la vía						
Núm.	Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Punto kilométrico	Polígono	Parcela	Código postal
Localidad					Municipio ²			
Comunicación por correo electrónico o teléfono (consigne estos datos solo si elige esta opción)								
Correo electrónico					Teléfonos			

DATOS DEL PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO DE INTEGRACIÓN

Categoría	
Fecha de la Resolución	

ALEGACIONES³

Que, en relación con la solicitud presentada en el procedimiento indicado, de conformidad con el artículo 76 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, formulo las alegaciones siguientes:

DOCUMENTACIÓN APORTADA⁴:

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

Autorización

De acuerdo con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Me opongo a que el órgano gestor del procedimiento obtenga o compruebe directamente los datos y la documentación por medio de la Administración pública para este procedimiento.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos; por tanto, certifico la veracidad de la información.

Fecha [excepto si firma electrónicamente]

Rúbrica o firma electrónica

INSTRUCCIONES:

Puede cumplimentar el formulario directamente con el ordenador, pero si escribe a mano use preferentemente letras mayúsculas (sin olvidar las tildes necesarias).

Explicación de algunos detalles:

1. Si el representante acredita la representación por un medio diferente de la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), tiene que presentar el documento que lo acredite.
2. Consigne el municipio solamente si la denominación no coincide con la de la localidad.
3. Exponga las alegaciones en que se basa su reclamación.
4. Indique la documentación que adjunta, si es posible en el mismo orden en que la presentará en el momento de formalizar la solicitud.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El responsable del tratamiento de los datos personales consignados en este formulario es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con sede en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Dichos datos serán tratados con la finalidad de gestionar su contratación, nómina, prestaciones sociales y servicios internos, expedientes administrativos relacionados con la gestión de recursos humanos y con la finalidad de una posible gestión sancionadora. Estos datos serán incorporados en la actividad de tratamiento «Gestión de personal».

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de estos datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Para ejercer estos derechos ha de presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicado en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección de Gestión y Presupuestos (C/de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es dpd@ibsalut.es

Si desea más información sobre el tratamiento de los datos personales, visite el apartado «Registro de actividades de tratamiento» del web del Servicio de Salud escaneando este código QR.

