

ANEXO II

**SOLICITUD DE ACCESO AL GRADO I, II O III DE CARRERA PROFESIONAL  
POR EL PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO**

**1.- DATOS PERSONALES:**

1.1. Primer Apellido		1.2. Segundo Apellido		1.3. Nombre		1.4. Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
1.5. NIF	1.6. Teléfono 1		1.7. Teléfono 2		1.8. Domicilio, Calle o Plaza y nº		
1.9. Correo Electrónico @			1.10. Localidad		1.11. Provincia		1.12. Código Postal

**2.- DATOS PROFESIONALES:**

<b>2.1. Categoría y / o Especialidad</b>				2.2. Situación Administrativa Activo <input type="checkbox"/> Otras.....			
2.3. Régimen Jurídico y Vinculación Estatutario Fijo <input type="checkbox"/> Funcionario Sanit. Fijo <input type="checkbox"/>			2.4. Centro de Trabajo		2.5. Localidad		2.6. Provincia

2.7. Años de Ejercicio en la categoría profesional por la que se accede:

Total    Años..... Meses.....Días.....

Centro de trabajo	Provincia	Categoría/Especialidad/Cuerpo	Situación (1)	Vínculo (2)	Fecha Inicio	Fecha Fin

(1) Especificar Situación Administrativa:

- Activo  
 Servicios Especiales. Indicar causa:.....  
 Excedencia por prestar servicios en sector público. Indicar puesto .....  
 Excedencia cuidado familiares  
 Otras. Indíquese causa:.....

(2) Especificar vínculo como a continuación se especifica:

- EP (Estatutario Propietario)  
 ET (Estatutario Temporal)  
 FC (Funcionario de Carrera)  
 FT (Funcionario Temporal)  
 LF (Laboral Fijo)  
 LT (Laboral Temporal)

De conformidad con lo dispuesto en la presente Convocatoria y demás disposiciones legales de aplicación, **DECLARO RESPONSABLEMENTE** \_\_\_\_\_ :

Reunir los requisitos para optar al Grado de Carrera solicitado.  
Y que los datos consignados en la presente solicitud y documentos que se acompañan son ciertos.

SOLICITA :  
El reconocimiento del:

- Grado I de carrera profesional por el procedimiento extraordinario.
- Grado II de carrera profesional por el procedimiento extraordinario.
- Grado III de carrera profesional por el procedimiento extraordinario.

En la modalidad de:

- Personal estatutario sanitario de Formación Universitaria.
- Personal estatutario sanitario de Formación Profesional.
- Personal estatutario de gestión y servicios de Formación Universitaria.
- Personal estatutario de gestión y servicios de Formación Profesional y Otro Personal.
- Personal funcionario sanitario de Formación Universitaria.
- Personal funcionario sanitario de Formación Profesional.

En la categoría profesional de.....

En ....., a.....de.....de 2009

(Firma del solicitante)

**AUTORIZA** a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la certificación de los servicios prestados necesarios para el pronunciamiento de la correspondiente resolución. En caso de no prestar la autorización, será necesario aportar el certificado de servicios prestados conforme a los modelos previstos en los Anexos III y IV.

**Doy mi CONSENTIMIENTO** para que los datos e informaciones aportados en el presente procedimiento, sean almacenados y codificados con la finalidad de su posterior utilización en los procedimientos administrativos para Carrera Profesional en el que fueran requeridos, de conformidad con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y en los artículos 11.1 y 41.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León le informa que los datos aportados a este formulario serán incorporados a su fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Pº Zorrilla 1, 47007-Valladolid