

ESPACIO RESERVADO PARA EL REGISTRO

**SOLICITUD DE INTEGRACIÓN EN LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO DEL  
SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD**

**Datos del solicitante**

DNI	Nombre	Apellido 1	Apellido 2

**Datos a efectos de notificación**

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

**Datos profesionales**

RÉGIMEN		CUERPO/CATEGORÍA		DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO	
FUNCIONARIO	<input type="checkbox"/>	LABORAL	<input type="checkbox"/>		

En caso de que ya posea la condición de personal estatutario, en cualquier situación administrativa, indíquelo a continuación

ESTATUTARIO	<input type="checkbox"/>	SERVICIO DE SALUD
-------------	--------------------------	-------------------

**Solicita**

La integración en la condición de personal estatutario del Servicio Cántabro de Salud en la categoría correspondiente, por entender que cumple los requisitos exigidos.

**ORDEN DE PREFERENCIA**

	OPCIÓN	ÁREA DE SALUD		
<i>En caso de que proceda, marque en cada opción el Área de su preferencia</i>	1ª	I <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
	2ª	I <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
	3ª	I <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>

**Documentación adjunta (marque lo que proceda)**

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA <sup>1</sup>	SE APORTA CON LA SOLICITUD
Titulación académica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Autorizo a la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo 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.

En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación.

FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

**Declaración responsable**

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

FECHA	
FIRMA	

**CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**