



ANEXO II: SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCESO SELECTIVO

D/D^a.....
D.N.I. Nº
Domicilio a efectos de notificación:.....
Municipio:
Teléfonos:
Dirección de correo electrónico:.....

EXPONE: Que reúne los requisitos exigidos en la Base Segunda de las que rigen la Convocatoria para la configuración de una **lista de reserva de Enfermeros/as**, aprobada por acuerdo del Consejo de Gobierno Insular de fecha 9 de octubre de 2020, para lo cual adjunta la documentación exigida en las bases de la misma,

SOLICITA:

Ser admitido al mencionado proceso selectivo convocado.

.....a.....de.....de 2020.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

- Fotocopia compulsada del D.N.I. o equivalente.
- Fotocopia compulsada de la titulación exigida en la convocatoria.

DERECHOS DE EXAMEN:

- Justificante del abono de los derechos de examen. **Información al dorso**

EXENCIONES DERECHOS DE EXAMEN:

- Título oficial familia numerosa
- Certificado de desempleado y no haber rechazado oferta de empleo ni promoción
- Declaración responsable de no percibir rentas superiores al salario mínimo interprofesional
- Certificado grado discapacidad
- Certificado tipo discapacidad.
- Certificado capacidad

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Cabildo Insular de La Palma le informa que los datos solicitados y/o recogidos, serán incorporados a un fichero de titularidad del Cabildo Insular de La Palma cuya finalidad es la selección de personal.

El Cabildo Insular de La Palma se compromete a cumplir su obligación de guardar secreto respecto de los datos de carácter personal que figuran en el mismo y garantiza la adopción de las medidas de seguridad necesarias para velar por la confidencialidad de dichos datos, que podrán ser conservados para atender futuros procesos de selección, cuando su perfil profesional pueda resultar de interés. En caso contrario, serán destruidos.

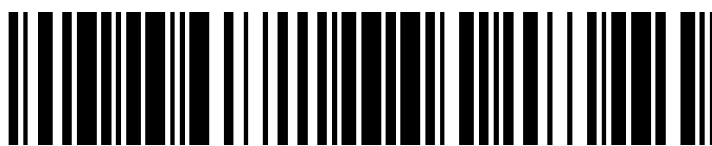
Usted podrá ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación o cancelación previstos en la ley, dirigiendo la pertinente solicitud escrita, acompañada de copia de documento acreditativo de su identidad (DNI, Pasaporte), a la Oficina de Atención al Ciudadano del Cabildo Insular de La Palma, Avenida Marítima, 3, Santa Cruz de La Palma, 38700.

Transcurridos treinta días desde la recepción de esta comunicación sin que usted manifieste nada en contrario, el Cabildo Insular de La Palma, entenderá que consiente en que se efectúe el tratamiento de datos en los términos indicados

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL EXCMO. CABILDO INSULAR DE LA PALMA

Derechos de examen: Los derechos de examen serán de **VEINTE EUROS**, conforme a la Ordenanza Fiscal nº 10 Reguladora de la tasa por derechos de inscripción en pruebas de selección de personal, aprobada por el pleno de este Cabildo Insular de La Palma, en sesión ordinaria de fecha 13 de abril de 2005(B.O.P de Santa Cruz de Tenerife, nº 178, de 2 de noviembre de 2005), modificada por acuerdo plenario de fecha 5 de febrero de 2010 (BOP de Santa Cruz de Tenerife, nº 75, de 16 de abril de 2010), cuyo importe se hará efectivo mediante las siguientes formas de pago, con la mención siguiente “Pruebas selectivas” (LISTA DE RESERVA DE ENFERMEROS/AS).

A) En la Entidad Caixabank podrá realizar el pago de las tasas haciendo uso del Código de Barras o el Número de Entidad que aparece seguidamente a través de los siguientes canales:



90999210029990471235

0471235 – TASAS EXAMENES
CABILDO LA PALMA

- Las 24 horas del día por cualquiera de los **cajeros automáticos** de Caixabank, con tarjeta de Caixabank o de otras Entidades Financieras, tanto de débito como de crédito.
- Las 24 horas del día a través de **“La Línea Abierta”**, si es cliente de Caixabank, haciendo uso de “Pago a Terceros” (Cuentas -----Transferencia y traspasos ----- Pago a Terceros)
- En las **ventanillas** de Caixabank en su horario habitual.

B) Desde otras Entidades distintas a Caixabank por transferencia bancaria en el número de cuenta de la Caixabank: IBAN ES81 2100 9169 0622 0017 9569 haciendo constar los siguientes datos:

Nombre y apellidos del opositor:

DNI opositor: