**ANNEX 1: SOL·LICITUD D’ADMISSIÓ AL PROCÉS DE SELECCIÓ**

El/la sotasignat demana la seva admissió al procés de selecció descrit a aquesta sol·licitud, i declara que: 1. Ha llegit les bases de la present convocatòria, 2. Reuneix els requisits exigits i 3. Són certes les dades consignades, i es compromet a la demostració documental que sigui requerida.

|  |
| --- |
| **DADES PERSONALS DEL/ DE LA SOL·LICITANT** |
| DNI/NIE: Codi professional de la CCSPT (si es té): |
| 1r. Cognom: 2n. Cognom: Nom: |

|  |
| --- |
| **LLOC DE TREBALL: indiqueu el lloc de treball en el que voleu participar** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Referència** | **Grup professional** | **Lloc de treball** | *Marqui amb una X* |
| 21\_AUX\_ADM | 6.1.1. | Auxiliar administratiu/va |  |
| 21\_OFI\_ADM | 6.1.2. | Oficial administratiu/va |  |
| 21\_OPE\_INF | 6.1.2. | Operador/a |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROVA DE CONEIXEMENT ESPECÍFIC PER ÀMBIT (Marqueu amb una X si es vol fer prova específica o no)** | | | |
| *Marqui amb una X* | **PROVA ESPECÍFICA** | **ÀMBIT** | |
|  | **NO** té prova específica | **Comptabilitat, Facturació i gestió de cobraments, Gestió de pacients, Infermeria, Salut mental, Serveis Generals, Subministres i Tresoreria** | |
|  |  |  | |
|  | **SI** té prova específica | **Marqueu un o més d’un àmbit de preferència per a la realització de la prova. L’opció Centre Imatge Mèdica Digital i Organització Digital és exclusivament pel lloc de treball d’Operador/a.** | |
|  | | *Si anteriorment a marcat SI, marqui amb una X quin àmbit vol fer la prova específica* | **ÀMBIT** |
|  | Atenció al Client |
|  | Anatomia patològica |
|  | Atenció primària |
|  | Centre Imatge Mèdica Digital |
|  | Hospital de Sabadell- CQA |
|  | Hospital de Sabadell- Oncologia |
|  | Organització Digital |
|  | Laboratori |
|  | RRHH- Administració |
|  | RRHH- Formació |
|  | RRHH- Nòmines |
|  | RRHH- Selecció |
|  | Unitat Docent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AJUDA A L’ASSIGNACIÓ exclusivament per professionals fixes de l’àmbit de Gestió de Pacients** | | | |
| Ubicació | Torn | Tipus de Jornada | % Dedicació |
| 1ra. |  |  |  |
| 2a. |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓ QUE APORTA DE CONFORMITAT AMB LES BASES DE LA CONVOCATÒRIA**  **(Marqui amb una X els documents que aporta i afegeixi aquells de complementaris)** | | |
|  | 01 | Declaració responsable omplerta i signada (Annex 2). |
|  | 02 | Còpia titulació acadèmica oficial requerida\*. |
|  | 03 | Còpia DNI/NIE\*. |
|  | 04 | Full amb el llistat de mèrits curriculars agrupats segons els apartats dels barems. |
|  | 05 | Còpia dels documents acreditatius indicats al full anterior (ordenats segons els apartats dels barems de mèrits curriculars). |
|  | 06 | Certificat de serveis prestats en institucions públiques del Sistema Nacional de Salut\*. |
|  | 07 | Certificat del dictamen de discapacitació legal reconeguda. |

\*No cal acreditar si sou professionals del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, si s’opta per un altre lloc de treball si cal adjuntar la titulació oficial requerida.

|  |
| --- |
| **SIGNATURA** |
| Sabadell, a de/d’ de 20 |

**ANNEX 2: DECLARACIÓ RESPONSABLE**

**DECLARACIÓ RESPONSABLE**

|  |
| --- |
| **LLOC DE TREBALL: indiqueu el lloc de treball en el que voleu participar** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Referència** | **Grup professional** | **Lloc de treball** | *Marqui amb una X* |
| 21\_AUX\_ADM | 6.1.1. | Auxiliar administratiu/va |  |
| 21\_OFI\_ADM | 6.1.2. | Oficial administratiu/va |  |
| 21\_OPE\_INF | 6.1.2. | Operador/a |  |

En/N’/Na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amb DNI/NIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comparec i DECLARO DE FORMA EXPRESSA I INDUBITADA:

1r.- Que no he estat separat/a, mitjançant expedient disciplinari, del servei de qualsevol de les Administracions Públiques o dels òrgans constitucionals o estatutaris de les Comunitats Autònomes i no em trobo en situació d'inhabilitació absoluta o especial per exercir ocupacions o càrrecs públics per resolució judicial ni tinc cap impediment legal per accedir a l'ocupació pública.

2n.- En el cas de no posseir la nacionalitat espanyola, que no em trobo inhabilitat/ada o en situació equivalent ni he estat sotmès a sanció disciplinària o equivalent que impedeixi, en el meu Estat, l'accés a l'ocupació pública.

3r.- Que en cas de resultar seleccionat/da en aquesta convocatòria, i si em trobo sota alguna causa d'incompatibilitat de les previstes legalment per poder prestar serveis laborals al consorci (o l'entitat de que es tracti), abans de formalitzar el corresponent contracte de treball procediré a la seva resolució o a sol·licitar la prèvia autorització de compatibilitat.

4t.- Que són certes totes les dades que he fet constar al meu *currículum vitae* i vertaderes les còpies dels documents aportats com a mèrits.

5è.- Que ha llegit les bases de la present convocatòria i que reuneix tots els requisits exigits.

6a.- Que són certes les dades consignades, i es compromet a la demostració documental que sigui requerida.

I en prova de conformitat signo la present DECLARACIÓ RESPONSABLE als efectes de la present convocatòria en Sabadell a de 20

Signatura de la persona sol·licitant