

DOCUMENTACIÓN PARA ENVIAR POR E-MAIL AL SERVICIO DE PERSONAL DEL HCU LOZANO BLESA SI PREVIAMENTE **NO HA TRABAJADO EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD.**

e-mail: pers-contr.hcu@salud.aragon.es

1. FOTOCOPIA DNI en vigor.
2. FOTOCOPIA DEL TITULO OFICIAL DE LA CATEGORÍA CORRESPONDIENTE (ambas caras).
3. NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL como TITULAR.
4. N° CUENTA BANCARIA (con n° IBAN) con firma y fecha por el interesado.
5. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE DELINCUENCIA SEXUAL (se adjunta modelo). Existe la posibilidad de solicitarlo personalmente en Gerencia Territorial de Justicia en Aragón (Pº Independencia nº32, 1º Izqda).
6. MOD. 145 de I.R.P.F. Retenciones sobre rendimiento del trabajo (se adjunta modelo) con fotocopias del libro de familia donde aparecen los hijos o minusvalía si la hubiera.

DOCUMENTACIÓN PARA ENVIAR POR E-MAIL AL SERVICIO DE PERSONAL DEL HCU LOZANO BLESA SI PREVIAMENTE **NO HA TRABAJADO EN ESTE HOSPITAL.**

e-mail: pers-contr.hcu@salud.aragon.es

1. FOTOCOPA DNI en vigor.
2. FOTOCOPIA DEL TITULO OFICIAL DE LA CATEGORÍA CORRESPONDIENTE (ambas caras).

Servicio de Personal, Unidad de Contratación
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Zaragoza



ANEXO IV

AUTORIZACION PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO RECOGIDO EN EL ARTICULO 13.5 DE LA LEY ORGÁNICA 1/1996, DE 15 DE ENERO, DE PROTECCION JURÍDICA DEL MENOR.

Motivo por el que se formula la petición:

Desempeño de funciones en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón de acuerdo con el apartado 5 del artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Datos de la persona de la que se solicita información:

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
N.I.F. ó N.I.E.		SEXO		PAÍS DE NACIONALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
PAÍS NACIMIENTO		PROVINCIA NACIMIENTO		LUGAR NACIMIENTO	
DOMICILIO				LOCALIDAD	

SI	NO
----	----

AUTORIZO a la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón para que:
 1º) Solicite en mi nombre el certificado al que se refiere el artículo 13.5 de la L.O. 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor.
 2º) Con este único objeto y exclusivamente para este procedimiento, a verificar mis datos a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad
 (Táchese lo que no proceda)

(“De conformidad con lo dispuesto en el art. 5.1 LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, se informa que los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados al fichero automatizado denominado SIRHGA en el que se han adoptado todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad, integridad de los datos. El órgano responsable de este fichero es la Dirección General de de Función Pública y Calidad de los Servicios, situado en el Paseo María Agustín nº 36 de Zaragoza , ante el que se podrán hacer efectivas las garantías, derechos y obligaciones reconocidos en la legislación sobre protección de datos de carácter personal, en particular, los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, que, en su caso, sean solicitados por los usuarios.”)

En _____, a _____ de _____ de _____.

FIRMA (obligatorio)

Órgano administrativo ante quién se presenta este consentimiento expreso, de acuerdo con el artículo tercero de la Instrucción de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, por la que se establecen criterios de gestión en relación a la acreditación de la certificación negativa de los datos inscritos en el Registro Central de Delincuentes Sexuales.

ORGANO ADMINISTRATIVO	
------------------------------	--

