



FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE DATOS Y OTORGAMIENTO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESO A INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL EMPLEADOS/AS DE NUEVO INGRESO:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO/A DE CARRERA | <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO/A INTERINO/A | <input type="checkbox"/> PERSONAL EVENTUAL |
| <input type="checkbox"/> PERSONAL LABORAL FIJO | <input type="checkbox"/> PERSONAL LABORAL INDEFINIDO | <input type="checkbox"/> PERSONAL LABORAL TEMPORAL |

| | | | |
|-------------------------------|------------------|--------|-----------------------|
| 1 DATOS DEL EMPLEADO/A | | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | DNI - PASAPORTE - NIE |
| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO | MÓVIL | |

| | |
|--|---|
| 2 EXPONE QUE VA A SUSCRIBIR NOMBRAMIENTO / CONTRATO | |
| FECHA NOMBRAMIENTO / CONTRATO | ÁREA / SERVICIO / CENTRO |
| CUERPO O ESCALA | ESPECIALIDAD |
| BOLSA DE LA QUE FORMA PARTE | TITULACIÓN ACADÉMICA QUE POSEE EXIGIDA EN LA CONVOCATORIA |

| | | | |
|--|-------------------------|--|-------------------------|
| 3 COMUNICA SUS DATOS PERSONALES | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD | MUNICIPIO DE NACIMIENTO | PROVINCIA DE NACIMIENTO |
| DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO) | | CÓDIGO POSTAL | |
| MUNICIPIO | | PROVINCIA | |
| NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | | DATOS BANCARIOS IBAN: ESEE EEEE EEEE EEEEEEEEEEEE ES | |
| ESTADO CIVIL | | NÚMERO DE HIJOS | |
| Datos de la unidad familiar | | | |
| PRIMER APELLIDO CÓNYUGE O PAREJA | | SEGUNDO APELLIDO | |
| NOMBRE | | DNI | |
| PRIMER APELLIDO HIJO/A | SEGUNDO APELLIDO HIJO/A | NOMBRE HIJO/A | FECHA NACIMIENTO HIJO/A |
| PRIMER APELLIDO HIJO/A | SEGUNDO APELLIDO HIJO/A | NOMBRE HIJO/A | FECHA NACIMIENTO HIJO/A |
| PRIMER APELLIDO HIJO/A | SEGUNDO APELLIDO HIJO/A | NOMBRE HIJO/A | FECHA NACIMIENTO HIJO/A |
| PRIMER APELLIDO HIJO/A | SEGUNDO APELLIDO HIJO/A | NOMBRE HIJO/A | FECHA NACIMIENTO HIJO/A |



| 4 DECLARACIÓN JURADA | |
|------------------------------|--|
| La persona firmante declara: | |
| <input type="checkbox"/> | No haber sido separado/a mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas o de los órganos constitucionales o estatutarios o de las Comunidades Autónomas, ni hallarse en inhabilitación absoluta o especial para empleos o cargos públicos por resolución judicial, para el acceso al cuerpo o escala de funcionario, o para ejercer funciones similares a las que desempeñaban en el caso del personal laboral, en el que hubiese sido separado/a o inhabilitado/a. En el caso de ser nacional de otro Estado, no hallarse inhabilitado/a o en situación equivalente ni haber sido sometido/a a sanción disciplinaria o equivalente que impida, en su Estado, en los mismos términos el acceso al empleo público. |
| <input type="checkbox"/> | Que no ejerce ninguna otra actividad pública ni privada ni se encuentra incurso/a en ninguna situación de incompatibilidad descrita en la Ley 53/84, o que se compromete a no realizarlas desde el momento de su contratación hasta tanto le sea concedida la correspondiente compatibilidad, si procede |
| <input type="checkbox"/> | Que posee la capacidad funcional para el desempeño de las tareas de la plaza/ puesto al que se pretende acceder. |
| <input type="checkbox"/> | Que no percibe ninguna pensión incompatible con el desempeño de un puesto de trabajo en el sector público delimitado en el párrafo segundo del apartado 1 del art. 1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas |
| <input type="checkbox"/> | Que se compromete de manera expresa a conocer y cumplir con la normativa aplicable al personal empleado público, así como la derivada de la misma, entre la que se encuentra la normativa específica en materia de seguridad de la información y de protección de datos." |

| 5 CONSENTIMIENTOS, AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD | |
|--|--|
| Marque los servicios para los que NO presta su consentimiento a la consulta | |
| NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que la entidad realice consultas de mis datos como solicitante/representante a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (PID) y otros servicios interoperables, por lo que APORTO la documentación necesaria para proseguir con el trámite dado | |
| <input type="checkbox"/> Consulta de datos de identidad | |
| <input type="checkbox"/> Títulos universitarios por documentación | |
| <input type="checkbox"/> Títulos NO universitarios por documentación | |
| <input type="checkbox"/> Títulos universitarios por datos de filiación | |
| <input type="checkbox"/> Títulos NO universitarios por datos de filiación | |
| <input type="checkbox"/> Consulta de datos de Matrimonio DICIREG | |
| <input type="checkbox"/> Inscrito como Pareja de Hecho | |
| <input type="checkbox"/> Consulta de datos de Nacimiento DICIREG | |
| <input type="checkbox"/> Situación laboral en fecha concreta | |
| <input type="checkbox"/> Consulta de Datos de Residencia con Fecha de Última Variación Padronal | |
| Motivo de oposición: | |
| DOCUMENTACIÓN QUE APORTO POR OPOSICIÓN DE ACCESO A PID: | |
| <input type="checkbox"/> DNI/ pasaporte /NIE | |
| <input type="checkbox"/> Copia título universitario o no universitario exigido en la convocatoria | |
| <input type="checkbox"/> Libro de familia | |
| <input type="checkbox"/> Resolución de inscripción como pareja de hecho | |
| <input type="checkbox"/> Vida laboral | |
| <input type="checkbox"/> Volante de empadronamiento | |
| DOCUMENTACIÓN QUE APORTO PORQUE NO SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN LA PID: | |
| <input type="checkbox"/> En el supuesto de discapacidad deberá acreditarse la compatibilidad de ésta con el desempeño de las tareas de la plaza/ o puesto al que se pretende acceder. | |
| <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de constitución de situación de acogimiento o tutela. | |
| La persona abajo firmante DECLARA: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, y se COMPROMETE a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por las normas de aplicación.• Que si entre la información facilitada o consultada en la Plataforma de Intermediación de Datos figuran datos de terceros, ASUME EL COMPROMISO de informarles de los extremos señalados en la cláusula informativa sobre Protección de Datos Personales, a fin de que pueda ejercer sus derechos. | |



| |
|--------------------------------------|
| 6 FECHA Y FIRMA |
| En a de de 20..... |
| (Firma) |

| |
|--|
| 7 ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE |
| PRESIDENCIA DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE CÁDIZ. (ÁREA GESTORA: FUNCIÓN PÚBLICA) |

Los datos personales facilitados mediante el presente formulario serán tratados por la Diputación Provincial de Cádiz para el ALTA / ACTUALIZACIÓN DE DATOS EN LA EMPRESA, ASÍ COMO PARA LA VERIFICACIÓN DE SU SITUACIÓN EN EL MOMENTO DE LA ACEPTACIÓN O RENUNCIA A CUALQUIER OFERTA DE TRABAJO, SI LA PERSONA FORMA PARTE DE ALGUNA BOLSA DE TRABAJO VIGENTE. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación o portabilidad, dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos por correo electrónico: dpd@dipucadiz.es, o al teléfono 956240320; de forma electrónica a través de la Sede electrónica <https://sede.dipucadiz.es>; o de forma postal enviando un escrito al Registro General de Diputación (Edificio Roma), en Avenida 4 de diciembre de 1977, 12, 11071 de Cádiz. Puede consultar toda la información completa en <https://www.dipucadiz.es/protecciondedatos>