



Declaración responsable y autorización de acceso para dar cumplimiento al artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de protección jurídica del menor (LOPXM).

Apellidos y nombre: <input type="text"/>	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DNI/NIE <input type="text"/>
--	--

Fecha de nacimiento:(dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	Nacionalidad: <input type="text"/>	País de nacimiento (si no es España) <input type="text"/>
---	--	---

Localidad de nacimiento: <input type="text"/>	Provincia de nacimiento: <input type="text"/>
---	---

Nombre del padre (como aparece en el DNI): <input type="text"/>	Nombre de la madre (como aparece en el DNI): <input type="text"/>
---	---

Teléfono: <input type="text"/>	Correo electrónico: <input type="text"/>
--	--

Dirección postal: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>	C.P.: <input type="text"/>
--	---	--------------------------------------

Categoría: <input type="text"/>	Vinculación: Fijo: <input type="checkbox"/> Temporal: <input type="checkbox"/>	Centro trabajo: <input type="text"/>
---	---	--

DECLARO que no fui condenado por sentencia firme por ningún delito contra la libertad y la indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos.

AUTORIZO al Servicio Gallego de Salud para consultar los datos contenidos en el Registro Central de Delincuentes Sexuales y solicitar en mi nombre la certificación (marque con una x lo que corresponda),

SÍ NO * En el caso de no autorizar deberá solicitar la certificación y entregarla personalmente en su centro de trabajo.

AUTORIZO asimismo al Servicio Gallego de Salud para consultar mis datos de identidad para poder acceder a dicha consulta en el Registro Central de Delincuentes Sexuales

SÍ NO * En el caso de no autorizar deberá cubrir completa y correctamente todos los datos del formulario.

La persona abajo firmante declara bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud. Así mismo, asume el deber de comunicar la existencia de una sentencia firme por los delitos del artículo 13.5 de la LOPXM que se produzcan con posterioridad a la firma de esta declaración.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
Responsable del tratamiento y finalidad	Los datos de carácter personal serán tratados por la Consellería de Sanidad como responsable del sistema de información del Sistema Sanitario Público de Galicia, para ser incorporados al tratamiento denominado "Oposiciones y otras convocatorias de concurrencia competitiva", cuya finalidad es "la confección de listas para la contratación de personal y publicación de estas, así como la gestión de oposiciones y concursos de traslados".
Legitimación del tratamiento	Cumplimiento de una obligación legal de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.
Destinatarios de los datos	Los datos de carácter personal pueden ser comunicados a otros organismos públicos autorizados por la ley.
Conservación de los datos	Se conservaran durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recogieron.
Ejercicio de derechos	Los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como la no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, se podrán ejercitar ante la Consellería de Sanidad, Edificio Administrativo San Lázaro, s/n, 15703- Santiago de Compostela o en la dirección de correo electrónico dpd@sergas.gal
Contacto delegado de protección de datos y más información	Tiene más información en www.sergas.gal/protecciondatos

En , de de

Firma,

Dirigido a la: