

**SOL·LICITUD PER LA PARTICIPACIÓ EN PROCESSOS DE SELECCIÓ**

---

Cognoms, Nom \_\_\_\_\_

DNI / NIE \_\_\_\_\_ Data naixement \_\_\_\_\_ Sexe  Home  Dona

Adreça \_\_\_\_\_

Ciutat \_\_\_\_\_ Codi Postal \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_

---

CONVOCATÒRIA \_\_\_\_\_

---

**Titulació acadèmica** (reglada i/o homologada) (estudis finalitzats amb l'obtenció del títol o certificat de pagament del títol)

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> GRADUAT / ESO | <input type="checkbox"/> FP1 / CFGM  | <input type="checkbox"/> FP2/CFGS      |
| <input type="checkbox"/> GRAU          | <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA | <input type="checkbox"/> LLICENCIATURA |
- 

**Documents que s'adjunten** (en cas de no adjuntar tota la documentació requerida no es podrà iniciar el tràmit)

- Sol·licitud i declaració responsable
  - DNI, NIE o Passaport
  - Currículum
  - Titulació requerida
  - Certificat del Nivell de Català sol·licitat a la convocatòria
  - Vida Laboral
  - Mèrits
  - Acreditar certificació consistent a no haver estat condemnat per sentència ferma en algun dels delictes previstos a la LOPJM.
  - Altres
- 

D'acord amb el Reglament UE 2016/679 del Parlament i del Consell de data 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques amb el que respecta al tractament de dades personals i a la des del moment en què se'n tingui constància, sense perjudici de les responsabilitats que puguin derivar-se, (article 38 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions). Lliure circulació d'aquestes dades i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, el responsable de recopilar i tractar les seves dades és l'Hospital Comarcal d'Amposta SAM, amb domicili social al carrer Jacint Verdaguer número 11-13 d'Amposta (43870- Tarragona). La finalitat del seu tractament es relaciona expressament amb la sol·licitud o petició que vostè presenta, per tal de poder prestar-li els serveis addients. Les dades no es cediran a tercers, excepte obligació legal. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat l'Hospital Comarcal d'Amposta SAM, o per e-mail a [protecciodades@hcamposta.com](mailto:protecciodades@hcamposta.com). La inexactitud, falsedat o omisió en les dades, o la no presentació d'aquesta, determinen la impossibilitat d'exercir l'activitat afectada Per a més informació pot consultarla nostra nova política de privacitat (<https://www.hcamposta.cat/politica-privacitat/>).

**Dono el consentiment perquè les meves dades puguin ser tractades per a la finalitat esmentada.**

---

Lloc i Data (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Signatura