

**RECOGIDA DE DATOS PARA LA TOMA DE POSESIÓN DE FUNCIONARIOS INTERINOS DOCENTES
DESTINADOS EN LOS CENTROS PÚBLICOS DE LAS ENSEÑANZAS NO UNIVERSITARIAS
Y SERVICIOS DE APOYO A LOS MISMOS DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN**

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/NIE/PASAPORTE
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD
DOMICILIO		LOCALIDAD / PROVINCIA
TELÉFONO/S DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DEL PUESTO ADJUDICADO:

NOMBRE CENTRO:		CÓDIGO DEL CENTRO:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:
CUERPO DOCENTE:	ESPECIALIDAD:	
<input type="checkbox"/> JORNADA COMPLETA <input type="checkbox"/> JORNADA PARCIAL HORAS DE <input type="text"/> CONTRATO:	<input type="checkbox"/> ITINERANTE <input type="checkbox"/> COMPARTIDO <input type="checkbox"/> BILINGÜE	OTRAS CARACTERÍSTICAS:
Este campo es de cumplimentación exclusivamente por la Administración		

DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA EN LA QUE SOLICITO EL ABONO DE NÓMINA:

		ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.		NÚMERO DE CUENTA											
E	S																				

IRPF QUE SOLICITA SE APLIQUE EN SU NÓMINA

NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL O NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA (si posee)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

<input type="checkbox"/> Declaro no haber sido separado del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas ni estar inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas. <input type="checkbox"/> Declaro no desempeñar ningún puesto o actividad en el sector público ni realizar actividades privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de compatibilidad Art. 10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al Servicio de las Administraciones Públicas, y Art.13.1 del Decreto 227/1997 de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades del Personal al servicio de la Administración de Castilla y León. <input type="checkbox"/> Declaro no padecer enfermedad ni estar afectado por limitación física o psíquica incompatible con el desempeño de las funciones correspondientes al Cuerpo y especialidad que me han sido adjudicados en el proceso informático. <input type="checkbox"/> Declaro no estar de baja médica. <input type="checkbox"/> Declaro no estar en periodo de licencia maternal inferior a las 6 semanas después de la fecha de parto.

REQUISITOS Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

IDENTIDAD

Me opongo a la comprobación de datos de identidad y aporto copia de DNI / NIE.

REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES (En cumplimiento del art. 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor)

La Administración comprobará por medios electrónicos la inexistencia de antecedentes por delitos sexuales.

Si lo desea puede aportar Certificación Negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales.

IMPUESTO DE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (modelo 145 disponible en Portal de Educación)

Aporto modelo 145 relativo a Retenciones sobre rendimientos del trabajo: Comunicación de datos al pagador (art. 88 del Reglamento del IRPF).

OTRA DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA SI PROCEDE:

- Copia del último trienio o sexenio.
- Copia del título académico.
- Copia de Máster de Formación del Profesorado o Certificado de Aptitud Pedagógica (CAP)
- Otros:

INDIQUE SI HA TRABAJADO EN ESTA DIRECCIÓN PROVINCIAL EL PASADO CURSO ESCOLAR SÍ NO

El abajo firmante a efectos de ser nombrado funcionario interino, declara bajo su responsabilidad reunir los requisitos exigidos para ello, que son ciertos todos los datos consignados en esta solicitud y la veracidad de la documentación original aportada que es copia fiel de los originales que obran en su poder, sin perjuicio de la posibilidad por parte de la Administración de requerirle en cualquier momento la documentación original, así como conocer que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato o documento conllevará la pérdida de todos los derechos derivados de este proceso, con independencia de las responsabilidades a que hubiera lugar, conforme dispone el artículo 69.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En _____, a ___ de _____ de _____

DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN _____
C/ _____

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Educación, con la finalidad de gestionar la toma de posesión de funcionarios interinos docentes. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Podrá consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el Portal de Educación de la Junta de Castilla y León (<http://www.educa.jcyl.es>) y/o en la sede electrónica <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es> así como en las secciones de gestión de personal de las Direcciones Provinciales de Educación.

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León 983 327 850).