

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SOLICITUD DE MOVILIDAD Y/O ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO POR RAZONES DE SALUD DEL PERSONAL FUNCIONARIO DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. (Código procedimiento: 8071)

POR MOTIVOS DE:

- Salud y rehabilitación del personal funcionario
Salud y rehabilitación de familiares
Protección de la madre y/o el feto durante el embarazo y el período de lactancia

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE
APELLIDOS Y NOMBRE:
SEXO: Hombre Mujer
DNI/NIE/NIF:
FECHA NACIMIENTO:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:
NÚMERO: LETRA: KM EN LA VÍA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN: PROVINCIA: PAÍS: COD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO: NÚMERO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:

2 DATOS ADMINISTRATIVOS
CONSEJERÍA/ORGANISMO AUTÓNOMO: CENTRO DE TRABAJO:
LOCALIDAD DEL CENTRO DE TRABAJO: CÓDIGO PUESTO DE TRABAJO:
DENOMINACIÓN DEL PUESTO:
GRUPO: CUERPO: ESPECIALIDAD/OPCIÓN:

3 DATOS DEL PUESTO SOLICITADO
CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO SOLICITADO:
LOCALIDAD:

4 DOCUMENTACIÓN, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS
Por razones de salud del personal funcionario:
Por razones de salud del cónyuge o similar:
Por razones de rehabilitación del personal funcionario o familiares:
Por razones de salud de familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad:

4 DOCUMENTACIÓN, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (Continuación)**Documentación acreditativa del parentesco**

- Libro de familia completo.
- Inscripción en el Registro de Parejas de Hecho.
- Resolución por la que se dispone el Acogimiento Permanente.

Por razones de protección de la madre y/o el feto durante el embarazo y período de lactancia:

- Informes médicos expedidos por el Servicio Andaluz de Salud o equivalente en el caso de regímenes especiales de la Seguridad Social.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE

Marque una de las opciones.

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
- NO CONSIENTE** y aporta copia del DNI/NIE.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DATOS DE RESIDENCIA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Marque una de las opciones.

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Residencia.
- NO CONSIENTE** y aporta copia del Certificado de empadronamiento.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DATOS HISTORIAL CLÍNICO SANITARIO

Marque una de las opciones.

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de la información contenida en la Historia de Salud Electrónica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para la valoración de lo solicitado.
- NO CONSIENTE** y aporta copia del historial clínico sanitario.

5 CAUSAS QUE MOTIVAN LA PRESENTE SOLICITUD

Explicación detallada de las razones que motivan la solicitud de movilidad:

En el caso de enfermedad de familiares, consigne si existen otras personas obligadas a la atención del enfermo:

6 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Marque sólo una opción.

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:

DOMICILIO NOTIFICACIONES: (cumplimentar únicamente en el caso de que sea distinto al señalado en el apartado I)

TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAIS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.

En tal caso:

- Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.
- Manifiesto que **NO** dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que **AUTORIZO** a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.

Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

7 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, **SE COMPROMETE** a comunicar cualquier cambio favorable en la enfermedad que ha motivado su traslado, y **SOLICITA** le sea concedida la movilidad o adaptación del puesto de trabajo

EL/LA SOLICITANTE

En a de de

Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y FUNCIÓN PÚBLICA**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:****CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Recursos Humanos y Función Pública cuya dirección es C/. Alberto Lista, nº 16 . 41003 - Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cehap@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para el inicio y tramitación de la movilidad por razones de salud del personal funcionario de la Administración General de la Junta de Andalucía, cuya base jurídica es el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>