**Anexo I**

**SOLICITUD**

D.N.I.:

NOMBRE:

APELLIDOS:

Dirección:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

En Logroño, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

Firma:

*Según lo dispuesto en la legislación vigente sobre protección de datos, le informamos que los datos personales facilitados quedan bajo* ***RESPONSABILIDAD*** *de Fundación Rioja Salud. Domicilio postal: Calle Piqueras, 98, 26006 – Logroño (La Rioja).* ***LEGITIMACIÓN****: RGPD EU 2016/979 del Parlamento Europeo, Ley 41/2002,* *el Estatuto de los Trabajadores, el Convenio Colectivo FRS en vigor y demás normativa laboral.* ***FINALIDAD****: gestión de las relaciones laborales, de los procesos de selección de personal y de la formación impartida.* ***DESTINATARIOS****: No se cederán datos a terceros sin su consentimiento, salvo obligación legal.* ***DERECHOS:*** *Acceso, rectificación, oposición, portabilidad, limitación y supresión de datos, mediante escrito a Servicio de Atención al Paciente, a través del Correo electrónico de contacto: gestión\_frs@riojasalud.es, o a través de* *saludresponde@larioja.org**.* ***INFORMACIÓN ADICIONAL:*** [*https://www.riojasalud.es/proteccion-datos*](https://www.riojasalud.es/proteccion-datos)

**Anexo II**

D./Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declara bajo su responsabilidad:

Que los documentos que a continuación se relacionan obran en su poder y son copia del original, estando a disposición de Fundación Rioja Salud para cualquier actuación de comprobación de los mismos.

Estos documentos se adjuntan a la solicitud de baremo de méritos:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.