

**ANEXO I**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN PARA LA COBERTURA POR PERSONAL LABORAL FIJO DE DIECINUEVE (19) PLAZAS DE AUXILIAR DE RECEPCIÓN (PROMOCIÓN INTERNA)**

Los campos marcados con “(\*)” tienen carácter obligatorio.

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

DNI/PASAPORTE/NIE (*)	PRIMER APELLIDO (*)	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (*)
NOMBRE SENTIDO (Nombre correspondiente al género con el que se identifica)			
TELÉFONO MÓVIL (*)	CORREO ELECTRÓNICO (*)		
El correo electrónico y teléfono móvil indicados se utilizarán para el envío de avisos informativos y de puesta a disposición de notificaciones, publicaciones y comunicaciones.			

**REPRESENTANTE LEGAL**

DNI/PASAPORTE/NIE (*)	PRIMER APELLIDO (*)	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (*)
NOMBRE SENTIDO (Nombre correspondiente al género con el que se identifica)			
TELÉFONO MÓVIL (*)	CORREO ELECTRÓNICO (*)		
El correo electrónico y teléfono móvil indicados se utilizarán para el envío de avisos informativos y de puesta a disposición de notificaciones, publicaciones y comunicaciones.			

**MEDIO DE NOTIFICACIÓN (\*)** Marca el medio por el que deseas recibir las notificaciones.

Deseo recibir las notificaciones relacionadas con esta solicitud mediante el sistema de notificaciones electrónicas disponible en la carpeta ciudadana del Punto de Acceso General, en la dirección <https://sede.administracion.gob.es/carpeta>

Deseo recibir las notificaciones mediante correo postal, en la siguiente dirección:

Domicilio (calle, número, portal, escalera, piso, puerta) (\*)

Código Postal (\*) Municipio (\*)

País (\*) Provincia (\*)

**Otros datos de persona física:** Fecha de nacimiento

**DERECHOS DE EXAMEN.** Pago de tasas (\*) (Marcar solo una opción con una X)

- Ordinario
- Exención Personas con Discapacidad
- Exención Desempleado
- Exención/Bonificación Familia Numerosa

**Titulación**

Indica título alegado como requisito de titulación:

Indica título mérito (distinto del alegado como requisito de titulación):

El/la abajo firmante:

- Otorga su **CONSENTIMIENTO EXPRESO** para el tratamiento de sus datos, en los términos establecidos en la Base Decimoquinta de las que rigen la convocatoria.
- SOLICITA** ser admitido/a en las pruebas selectivas a que se refiere la presente solicitud de participación, declarando que son ciertos los datos consignados en ella, que cumple el requisito de compatibilidad funcional de la Base Tercera y que reúne las condiciones exigidas para el acceso a la función pública y las especialmente señaladas en la convocatoria anteriormente citada, referidas a la fecha de expiración del plazo señalado para la presentación de solicitudes, comprometiéndose a acreditar documentalmente todos los datos que figuran en esta solicitud.

En....., a ..... de ..... de 202...

Fdo.: .....

#### **INFORMACION sobre el Tratamiento de Datos:**

**Responsable del tratamiento:** Organismo Autónomo de Museos y Centros del Cabildo Insular de Tenerife, OAMC (NIF nº Q-3800504-G), c/ Fuente Morales nº 1, 38003 Santa Cruz de Tenerife. Política de Privacidad ([Privacidad y protección de datos – Museos de Tenerife](#)).

**Delegado de Protección de Datos:** [delegadoprotecciondatos@museosdetenerife.org](mailto:delegadoprotecciondatos@museosdetenerife.org)

**Finalidad del tratamiento:** Gestión y tramitación de la solicitud de participación en procesos selectivos.

**Legitimación del tratamiento:** Reflejadas en el Registro de Actividades de Tratamiento (<https://museosdetenerife.transparencia.tenerife.es/servicios-procedimientos>)

**Destinatarios:** Reflejadas en el Registro de Actividades de Tratamiento (<https://museosdetenerife.transparencia.tenerife.es/servicios-procedimientos>)

**Transferencias internacionales:** Reflejadas en el Registro de Actividades de Tratamiento (<https://museosdetenerife.transparencia.tenerife.es/servicios-procedimientos>)

**Plazo de conservación:** Los plazos legalmente previstos en la normativa vigente/en el caso de consentimiento mientras no se revoque el mismo.

**Ejercicio de derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación u oposición del tratamiento:** Mediante la presentación de un escrito, firmado electrónicamente o con copia del DNI, o documento similar, dirigido al OAMC a la siguiente dirección: c/ Fuente Morales nº 1, 38003 Santa Cruz de Tenerife; o a la dirección de correo electrónico [delegadoprotecciondatos@museosdetenerife.org](mailto:delegadoprotecciondatos@museosdetenerife.org). En el caso de que considere que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

#### **INSTRUCCIONES PARA EL/LA ASPIRANTE**

1. Rellene la solicitud con letra mayúscula. Asegúrese de que los datos resultan claramente legibles y evite doblar el papel, realizar correcciones, enmiendas o tachaduras. NO OLVIDE FIRMAR EL IMPRESO.
2. Aclaraciones sobre la forma de rellenar los datos señalados en el impreso:
  - En el punto **Datos Personales**, consigne sus datos personales tal y como vienen especificados.
  - En el punto **Documentos que se acompañan**, marque con una X los documentos que adjunta.
3. Lugar de presentación:
  - Las solicitudes podrán presentarse en la Oficina de asistencia en materia de registro del OAMC (antiguo Registro general de entrada), sita en c/ Doctor Cerviá Cabrera s/n, 38003 Santa Cruz de Tenerife (edificio Museo de Naturaleza y Arqueología, MUNA).
  - A través de cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
  - A los efectos de la presentación electrónica de la solicitud, se señala la dirección del Registro Electrónico General de la Administración General del Estado, disponible en el siguiente enlace:  
<https://rec.redsara.es/registro/action/are/acceso.do>
4. Teléfono de Información: 922 209 123 y 922 209 306, de lunes a viernes de 8 a 14 horas, teniendo en cuenta los horarios especiales de verano y navidad. Página web [www.museosdetenerife.org](http://www.museosdetenerife.org)