

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a

con DNI/NIE/PASAPORTE

y domicilio en

Declaro, bajo mi responsabilidad,

A efectos de ser contratado en la Categoría de
de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha:

Que no he sido separado/a del servicio mediante expediente disciplinario de cualquier Servicio de Salud o Administración Pública en los seis años anteriores a la convocatoria y que no me hallo inhabilitado/a con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión.

Que cumplo con los requisitos establecidos en el artículo 30.5 y 33 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, así como demás normativa en vigor. En especial:

a) Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión Europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.

b) Poseer la titulación exigida o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.

c) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.

d) Tener cumplidos 16 años y no exceder de la edad de jubilación forzosa.

f) (En el caso de los nacionales de otros Estados mencionados en el párrafo a): No encontrarme inhabilitado/a, por sanción o pena, para el ejercicio profesional o para el acceso a funciones o servicios públicos en un Estado miembro, ni haber sido separado/a, por sanción disciplinaria, de alguna de sus Administraciones o servicios públicos en los seis años anteriores a la convocatoria.

Que la información proporcionada es veraz y que los documentos presentados son copia fiel del original.

Que dispongo de la documentación que así lo acredita, así como que podré ponerla a disposición de la Administración cuando me sea requerida, y me comprometo a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante la duración de mi relación laboral con el SESCAM.

Que en el caso de que no sean ciertas las manifestaciones antes señaladas, asumo las consecuencias legales que pudieran derivarse de mi actuación, y la Administración, conforme a la normativa vigente, no reconocerá validez alguna de la documentación adjunta a los efectos para los que ha sido presentada.

En _____, a ____ de _____, de ____

Fdo: _____

Indicar firma, nombre y apellidos