**Subsanación de defectos y causas de exclusión de las pruebas selectivas para personal estatutario fijo del Servicio Madrileño de Salud**

**1.- Datos de la convocatoria**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoría |  | | | | | | | | | | | | |
| Resolución | | de |  | de |  | de |  | B.O.C.M. de |  | de |  | de |  |

**2.- Datos del/de la interesado/a**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIF/ NIE |  | | | PASAPORTE |  | | | Nombre | |  | |
| Primer Apellido | |  | | | | Segundo Apellido |  | | | | |
| Correo electrónico | | |  | | | | | | Teléfono | |  |

**3.- Causa de exclusión y/o Subsanación de defectos**: (Cumplimentar únicamente los apartados relativos a su reclamación/subsanación)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **CAUSA DE EXCLUSIÓN** | **MARCAR LA/S QUE PROCEDA/N** |
| C | No figura en relación de admitidos ni excluidos. | □ |
| D | No consta el número del NIF/NIE/PASAPORTE. | □ |
| E | No acredita pago de tasas/pago de tasas insuficiente. | □ |
| G | No presentar acreditación de exención de tasas por desempleo o presentación de documentación no valida | □ |
| H | No presentar acreditación de exención de tasas por discapacidad o presentación de documentación no valida. | □ |
| I | No presentar acreditación de exención de tasas por víctima de terrorismo o presentación de documentación no valida. | □ |
| J | No presentar acreditación de exención de tasas por familia numerosa especial o presentación de documentación no valida. | □ |
| K | No presentar acreditación de exención de tasas por familia numerosa general o presentación de documentación no valida. | □ |
| L | No presentar acreditación de exención de tasas por víctima de violencia de género o presentación de documentación no valida. | □ |
| M | No haber especificado la fecha de nacimiento o existir error en la misma. | □ |
| O | No presentar el Anexo que acredita la “Autorización para presentación de solicitud”. | □ |
| P | Otras causas de exclusión. | □ |
| T | No presentar titulación requerida | □ |

(\*) A efectos de su subsanación, deberá firmar la parte inferior del presente modelo.

**4.- Documentación a aportar que deberá anexarse al presente formulario, según los casos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO CAUSA DE EXCLUSIÓN** | **DOCUMENTO A APORTAR** | **SE APORTA** |
| C | Copia de la solicitud donde conste la fecha de su presentación, dentro del plazo y en los lugares o medios señalados en la convocatoria y, en su caso, la documentación que proceda según convocatoria. | □ |
| E | Ejemplar del modelo 030 en caso de abono total o exención parcial de la tasa, según corresponda. | □ |
| H | En caso de exención total de tasa por reunir la condición legal de persona con discapacidad, tarjeta o certificado vigente acreditativo del grado de discapacidad expedida/o por el órgano competente de cualquier Administración Pública distinta de la Comunidad de Madrid. | □ |
| I | En caso de exención total de tasa por reunir la condición de víctima del terrorismo o cónyuge o hijos de la misma, certificado acreditativo de dicha condición, expedido por el órgano competente del Ministerio del Interior. En el caso de los cónyuges e hijos deberá acreditarse documentalmente la relación familiar | □ |
| L | En caso de exención total por reunir la condición de víctima de violencia de género, documentación acreditativa de dicha condición, establecida en la convocatoria | □ |
| F | Documentación acreditativa según convocatoria. | □ |
| O | Presentar el Anexo de “Autorización para presentación de solicitud” | □ |
| P | Póngase en contacto con la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. | □ |
| T | Título requerido en la convocatoria | □ |

(\*) Art. 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas

A efectos de la documentación que declara aportar el/la interesado/a, la mera presentación de la misma no tendrá carácter vinculante hasta que se efectúen las comprobaciones oportunas sobre su contenido

En ……….., a……..……..... de………….…..…………..… de…………

|  |
| --- |
| **FIRMA** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESTINATARIO** | Servicio Madrileño de Salud - Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales |