

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### B) Autoridades y Personal

#### Consejería de Sanidad

#### SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

- 11** *RESOLUCIÓN de 3 de noviembre de 2017, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueban las relaciones provisionales de admitidos y excluidos en el concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Técnico Superior Especialista en Higiene Bucodental del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid.*

De conformidad con lo dispuesto en la base 5.1 de la Resolución de 26 de junio de 2017, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, por la que se convoca concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Técnico Superior Especialista en Higiene Bucodental del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de 4 de julio), esta Dirección General

#### RESUELVE

##### Primero

Aprobar las relaciones provisionales de concursantes admitidos y excluidos en el mencionado concurso de traslados, que serán publicadas en los tablones de anuncios de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud (calle Sagasta, número 6), de la sede del Servicio Madrileño de Salud (plaza Carlos Trías Bertrán, número 7), de la Oficina de Atención al Ciudadano de la Comunidad de Madrid (Gran Vía, número 3), de la Consejería de Sanidad (calle Aduana, número 29) y en la página web de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org](http://www.madrid.org)).

##### Segundo

Publicar la relación provisional de concursantes excluidos con indicación de la causa de exclusión, que figura como Anexo a la presente Resolución.

##### Tercero

De conformidad con la base 5.3 de la convocatoria, los concursantes excluidos expresamente, así como los que no figuren en la relación de admitidos ni en la de excluidos, dispondrán de un plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la publicación de esta Resolución en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, a fin de subsanar el defecto que haya motivado su exclusión o su no inclusión expresa.

En ningún caso se considerará subsanación la aportación de nuevos certificados de servicios prestados que no hubiesen sido aportados en el plazo señalado en la base 3.3 de la convocatoria con el objeto de que sean baremados sus méritos.

##### Cuarto

El escrito de subsanación de defectos podrá presentarse en los mismos lugares y formas indicados en la base 3.2 de la convocatoria, remitiendo a la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud (calle Sagasta, número 6) la siguiente documentación:

1. Los concursantes excluidos aportarán dos copias del escrito de subsanación según el modelo que consta como Anexo a esta Resolución, una de las cuales quedará en poder del interesado.

2. Aquellos que no figuren en la relación de admitidos ni de excluidos habrán de presentar copia de la solicitud de participación en el concurso de traslados.

3. Junto al escrito de subsanación o solicitud de participación, los concursantes deberán aportar, en su caso, los documentos exigidos para la verificación del cumplimiento de los requisitos y que figuran en el propio escrito de subsanación.

De no aportar los interesados la correspondiente documentación, o si del examen de la misma se deduce que no reúnen los requisitos exigidos, figurarán en la relación definitiva de concursantes excluidos.

#### **Quinto**

Se determinan las siguientes causas de exclusión:

M. No aportar NIF o NIE.

N. No aportar Certificación del Registro Central de Delincuentes Sexuales.

Madrid, a 3 de noviembre de 2017.—El Director General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, Pablo Calvo Sanz.

**Comunidad de Madrid****CONCURSO DE TRASLADOS DE PERSONAL  
ESTATUTARIO  
RELACIÓN PROVISIONAL DE EXCLUIDOS****CATEGORIA 6406 T.S.E. EN HIGIENE BUCODENTAL****RELACION PROVISIONAL DE EXCLUIDOS**

D.N.I	1º Apellido	2º Apellido	Nombre	Causas Exclusión
52546218G	CHILLARON	CARMONA	ROQUE	M N

**Comunidad de Madrid****CONCURSO DE TRASLADOS DE PERSONAL  
ESTATUTARIO  
RELACIÓN PROVISIONAL DE EXCLUIDOS****CAUSAS DE EXCLUSION**

- A SOLICITUD PRESENTADA FUERA DE PLAZO.
- B NO APORTAR DOCUMENTACIÓN EXIGIDA EN LA CONVOCATORIA.
- C NO HABER TRANSCURRIDO UN AÑO DESDE LA FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DE LA PLAZA DESDE LA QUE SE CONCURSA Y HASTA EL ÚLTIMO DÍA DEL PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES.
- D NO ACREDITAR AL MENOS DOS AÑOS EN SITUACIÓN DE EXCEDENCIA VOLUNTARIA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA EN QUE FINALIZÓ EL PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES.
- E NO PRESENTAR ANEXO I. RELACIÓN DE PLAZAS VACANTES.
- F IMPRESO DE SOLICITUD INCOMPLETO O MAL CUMPLIMENTADO.
- G INCORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD CONDICIONADA.
- H NO HABER SOLICITADO TODAS LAS PLAZAS CONVOCADAS EN SU MODALIDAD, EN SITUACIÓN DE REINGRESO AL SERVICIO ACTIVO CON CARÁCTER PROVISIONAL.
- I OTRAS CAUSAS NO CONTEMPLADAS EN ESTA RELACIÓN.
- J NO HABER SOLICITADO TODAS LAS PLAZAS CONVOCADAS DE LA CATEGORÍA, EN SITUACIÓN DE REINGRESO AL SERVICIO ACTIVO CON CARÁCTER PROVISIONAL PROCEDENTE DEL PROCESO EXTRAORDINARIO DE CONSOLIDACIÓN DE EMPLEO.
- K OSTENTAR CATEGORÍA DISTINTA A LA QUE CONCURSA.
- L INEXACTITUD EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL NÚMERO DE ORDEN DE PREFERENCIA EN LA SOLICITUD DE PLAZAS VACANTES.
- M NO APORTAR NIF Ó NIE.
- N NO APORTAR CERTIFICACIÓN DEL REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES.



Etiqueta del Registro

**Reclamación de los listados provisionales del Concurso de Traslados para plazas de Personal Estatutario del Servicio Madrileño de Salud**
**1.- Datos de la categoría**

Categoría solicitada	
----------------------	--

**2.- Datos del interesado:**

NIF/ NIE	Pasaporte*	Nombre	
Apellido 1º			
Apellido 2º			
Tipo de vía	Nombre vía	Nº/Km	
Piso	Puerta	CP	Localidad
Provincia	País		
Correo electrónico			
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil		
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento		

\*Cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de NIF/NIE.

**3.- Datos de el/la representante:**

NIF/NIE	Apellidos		
Nombre/Razón Social	Correo electrónico		
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

**4.- Datos de la reclamación:**

<input type="checkbox"/>	<b>NO APARECER NI ADMITIDO NI EXCLUIDO</b>	Deberá adjuntar la solicitud registrada.
<input type="checkbox"/>	<b>APARECER EXCLUIDO</b>	Deberá adjuntar la documentación que subsane la causa de exclusión.
<input type="checkbox"/>	<b>RECLAMACIÓN DE PUNTUACIÓN *</b>	
	Experiencia profesional	Puntos reclamados

\* En la reclamación por puntuación no se debe presentar ninguna documentación, ya que es una reclamación sobre una documentación ya presentada.

Información institucional
Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid <input type="checkbox"/> No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En Madrid, a..... de ..... de.....

FIRMA

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad - Servicio Madrileño de Salud - Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales - Subdirección General de Selección del Personal y Provisión de Puestos - Unidad de Concurso de Traslados Personal Estatutario.
--------------	--



Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

### AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN

**1.- Datos de el/la autorizante:**

NIF/NIE		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	

**2.- Datos de el/la autorizado/a:**

NIF/NIE		Apellidos	
Nombre/Razón Social		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	

**3.- Datos del procedimiento:**

Nombre del Procedimiento	
<b>CONCURSO DE TRASLADOS PARA PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD</b>	

D./D<sup>a</sup>..... autoriza a D./D<sup>a</sup>.....  
a la presentación de la solicitud en su nombre **y, única y exclusivamente a dichos efectos.**

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

Fdo.:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados por el órgano responsable del fichero al que dirige la solicitud enunciada y que figura, para la finalidad a la que hace mención en su escrito, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

(03/37.373/17)

