ELISKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

HERRIZAINGO SAILA
Administrazio eta Zerbitzuen Sailburuordetza
Giza Baliabideen Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE INTERIOR
Viceconsejería de Administración y Servicios
Dirección de Recursos Humanos

C010		AITORPEN – BAIMENA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Funtzionarioaren datuak *Datos del/de la Funcionario/a*			
Izen-abizenak *Nombre y Apellidos*			***Lanbide zenbakia*** *Nº profesional*
Kategoria *Categoría*	***Eskala*** *Escala*		***Administrazio egoera*** *Situación Administrativa*
Destinoa *Destino*	***NAN*** *D.N.I.*		***Adina*** *Edad*

"Izaera Pertsonaleko Datuak Babesteari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoan eta hori garatzen duen araudian ezarritakoa betetzeko, jarraian azalduko dena betetzeko berariazko baimena ematen dut:

Eusko Jaurlaritzako Herrizaingo Saileko Lan Prebentzio Alorreko Laneko Medikuntzako edota Osasun Mentaleko Arloak beharrezko txosten mediku oro eskatuko dizkie kasuan kasuko osasun zerbitzuetako langileei, bigarren jarduerako administrazio egoerara igarotzeko _____(e)ko _____(a)ren ____ko eskabidean alegatu ditudan gaixotasunei dagokienez, polizia lanbidea dela medio kalte fisiko edota psikikoak zuzen baloratu ahal izateko.

Nire NA agiriaren kopia ere atxiki da".

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y en el posterior Reglamento de desarrollo de la misma, otorgo mi consentimiento de forma expresa para:

Que el Area de Medicina del Trabajo y/o de Salud Mental de la División de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Interior del Gobierno Vasco pueda solicitar a los facultativos de los Servicios de Salud que corresponda cuantos informes médicos le sean necesarios acerca de las enfermedades por mí alegadas en mi solicitud de pase a la situación administrativa de segunda actividad de fecha ____de _____de_____, al objeto de valorar adecuadamente el menoscabo físico y/o psíquico en relación con la profesión policial.

Se adjunta a la presente una copia de mi DNI.

Interesatuaren sinadura
Firma del interesado/a

***Data** / Fecha*.....

GIZA BALIABIDEEN ZUZENDARIARI / AL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

OHARPENA: Agiri honetako datu pertsonalak 15/1999 Lege Organikoaren arabera erabiliko dira, eta Herrizaingo Saileko Giza Baliabideen Zuzendaritzak dituen langileen administrazio jarduera guztiak jasotzea eta kudeatzea helburu duen fitxategi batean bilduko dira. Fitxategiko datuetara sartzeko, datuok ezabatu eta deuseztatzeko edo inori ematen ez uzteko eskubidea erabili nahi baduzu gero, artxibategiaren arduradune den Herrizaingo Saileko Giza Baliabideen Zuzendaritzara jo dezakezue: Larrauri Mendotze Bidea, 18, 48950 Erandio, Bizkaia
ADVERTENCIA: Los datos personales contenidos en el impreso serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/1999 e incorporados a un fichero cuya finalidad es el registro y gestión de todos los actos que afectan a la vida administrativa del personal gestionado por la Dirección de Recursos Humanos del Departamento de Interior. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición pueden ejercitarse ante el responsable del fichero: Dirección de Recursos Humanos del Departamento de Interior, con domicilio en C/ Larrauri Mendotze bidea, 18, 48950 Erandio-Bizkaia.