**Anexo I**

**BASES PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN TEMPORAL (INICIALMENTE POR CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCIÓN Y POSTERIORMENTE CONTRATO DE SUSTITUCIÓN) DE UN/A TITULADO SUPERIOR PARA EL CENTRO DE ADULTOS LA ARBOLEYA DE LA FUNDACIÓN ASTURIANA DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y/O DEPENDENCIAS (FASAD M.P.)**

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| Apellidos y nombre: | D.N.I. |
| Domicilio: | Nº Afiliación Seguridad Social: |
| C.P. | Población: | Provincia: | Teléfono: |
| Dirección correo electrónico (@) :  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN que aporta** (Acompañar copia): |
| □ TÍTULO.□ CONTRATOS LABORALES.□ INFORME VIDA LABORAL.□ CURSOS FORMACIÓN. |

**Política de confidencialidad:**

En cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, autorizo la inclusión de mis datos personales contenidos en este documento así como en otros que aporte o se generen durante el proceso de selección, en un fichero cuyo responsable es FUNDACION ASTURIANA DE ATENCION Y PROTECCION A PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y/O DEPENDENCIAS (en adelante FUNDACION FASAD), cuya finalidad es la de formar parte en los procesos de selección de personal, consintiendo expresamente los tratamientos necesarios para obtener el potencial, perfil y adecuación de cada solicitante.

Autorizo a Fundación FASAD a hacer el uso necesario de los datos que aporto o se generen durante el proceso de selección, así como acceso por empresas de su grupo u otras con quien Fundación FASAD contrate servicios de gestión y/o asesoramiento para los mismos fines de este proceso de selección. Los datos personales serán destruidos una vez finalice el proceso de selección, salvo los de las personas que pasen a formar parte de la Bolsa de Empleo a la que se refiere esta Solicitud, los cuales serán publicados en la página web de [www.fasad.es](http://www.fasad.es/), según normativa de Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

Asimismo Fundación FASAD, como responsable del fichero, comunica a los interesados, de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de acuerdo con la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Podrá dirigir un escrito de petición o solicitud a la dirección de FUNDACION FASAD en C/ Ramón Prieto Bances, 8 – Bajo – 33011 OVIEDO (Asturias) para ejercitar cualquier de los derechos anteriormente mencionados.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que no he falseado ningún dato en la información reflejada en el presente documento, siendo toda ella precisa para acceder al presente proceso de selección.

Nombre y apellidos:

Firma:

**Anexo II**

Añadir tantas hojas como sean precisas

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA LABORAL** (Acompañar justificantes):  |
|  |
| ENTIDAD: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |
|  |
| ENTIDAD:: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |
|  |
| ENTIDAD:: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |
|  |
| ENTIDAD:: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |
|  |
| ENTIDAD:: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |
|  |
| ENTIDAD:: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |
|  |
| ENTIDAD:: | CATEGORÍA: |
| FECHA INICIO: | FECHA FIN: | TIEMPO (DÍAS): |

Añadir tantas hojas como sean precisas

|  |
| --- |
| **Relación de CURSOS FORMATIVOS EN DISCAPACIDAD O DIRECCIÓN DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES NECESARIOS PARA CONCURRIR (200 HORAS)** (Acompañar justificantes):  |
| Nombre del curso | Centro Impartidor | Horas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Añadir tantas hojas como sean precisas

|  |
| --- |
| **Relación de RESTO DE CURSOS BAREMABLES, A JUICIO DEL ASPIRANTE** (Acompañar justificantes):  |
| Nombre del curso | Centro Impartidor | Horas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Acepto las bases de la convocatoria, que declaro conocer.

Nombre y apellidos:

Fecha y firma: