## RECOGIDA DE DATOS PARA LA FORMALIZACIÓN DE CONTRATO LABORAL

**DATOS PERSONALES**:

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombre | NIF/NIE/Pasaporte |
| Fecha de nacimiento | Localidad de nacimiento | Provincia de nacimiento |
| País de nacimiento | Nacionalidad | Sexo: Hombre  Mujer |
| Domicilio, Calle / Plaza y nº | Código Postal |
| Localidad | Provincia |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | Correo electrónico |

**DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA EN LA QUE SOLICITO EL ABONO DE NÓMINA**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ENTIDAD | SUCURSAL | D.C. | NÚMERO DE CUENTA |
| E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

* Declaro no haber sido separado del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas ni estar inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.
* Declaro no padecer enfermedad ni estar afectado por limitación física o psíquica incompatible con el desempeño de las funciones correspondientes al puesto en el Cuerpo y especialidad adjudicado.
* Declaro no estar de baja médica.
* Declaro no estar en las 6 primeras semanas obligatorias de permiso por nacimiento o adopción.
* Declaro haber leído la información ofrecida por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad de Valladolid.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA SI PROCEDE:

* Copia del DNI/TIE
* Copia del título académico.
* Declaración Responsable PAYUD.
* Evaluación positiva para la figura de Profesor Ayudante Doctor/Profesor Contratado Doctor correspondiente.
* Anexo I de no estar afectado de Incompatibilidad
* Documento de retenciones sobre rendimientos del trabajo, modelo 145 (SOLO en caso de interesados que no hayan estado contratados por la Universidad de Valladolid con anterioridad o en caso de modificación de situación familiar o laboral.
* Otros:

INDIQUE SI HA TRABAJADO EN ESTA UNIVERSIDAD EL PASADO CURSO ACADÉMICO  SÍ  NO

El abajo firmante a efectos de formalización del contrato laboral, declara bajo su responsabilidad reunir los requisitos exigidos para ello, que son ciertos todos los datos consignados en esta solicitud y la veracidad de la documentación no original aportada que es copia fiel de los originales que obran en su poder, sin perjuicio de la posibilidad por parte de la Administración de requerirle en cualquier momento la documentación original, así como conocer que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato o documento conllevará la pérdida de todos los derechos derivados de este proceso, con independencia de las responsabilidades a que hubiera lugar, conforme dispone el artículo 69.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

# En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)

**VICERRECTOR DE PROFESORADO DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**Para la correcta tramitación de esta solicitud, la Universidad de Valladolid requiere la consulta de datos del solicitante a otros organismos públicos (art. 28.2 Ley 39/2015).**

Se consultarán sus datos de identidad, de títulos universitarios, de títulos no universitarios, de título de familia numerosa, de ser beneficiario de derechos por ser víctima de terrorismo y de residencia legal, salvo que manifieste su oposición especificando el motivo:

Adicionalmente, puede adjuntar la documentación que estime como justificativa de su oposición.

En el caso de oponerse a la consulta, deberá aportar en su caso, copia del DNI, copia auténtica de títulos universitarios, copia auténtica de títulos no universitarios, copia auténtica del título no universitarios, copia auténtica de títulos no universitarios, copia auténtica del título de familia numerosa, copia auténtica del certificado de ser víctima de terrorismo.

La siguiente consulta de datos requiere su autorización expresa:

* **Autorizo** la consulta de datos de discapacidad.

En caso de no haber autorizado la consulta, deberá aportar copia auténtica del certificado del grado de discapacidad.