



## SOLICITUD DE CERTIFICACION

(Antes de cumplimentar los datos, lea las instrucciones que figuran al dorso)

**PARA SOLICITAR LAS CERTIFICACIONES SIGUIENTES DEBE TENER RECONOCIDA LA DISCAPACIDAD,  
EN CASO CONTRARIO, DEBERÁ SOLICITAR ANTES EL RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD.**

Marcar  con una x :

<input type="checkbox"/>	1.-Certificado de antecedentes de grado de discapacidad	<input type="checkbox"/>	3.-Certificación a demanda de empleo	<input type="checkbox"/>	5.-Informe de accesibilidad	<input type="checkbox"/>	7.-- Informe de adaptación a examen (medios y/o tiempos) *(1)
<input type="checkbox"/>	2.-Copia de Dictamen Técnico Facultativo	<input type="checkbox"/>	4.-Informe de aptitud	<input type="checkbox"/>	6.-Informe de adecuación laboral , empleo público. *(1)	<input type="checkbox"/>	8- otras ( Indicar motivo)

**\*(1) Si el informe que solicita es exigido en una CONVOCATORIA DE OPOSICIÓN. especificar:**

Fecha Límite de presentación del certificado	
Convocatoria de la oposición	

### Datos de la persona solicitante.

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Nacionalidad	Estado civil
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si esta ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>								
Provincia	Municipio	Localidad	Código postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		

#### REPRESENTANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Nacionalidad	Teléfono
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años  Como representante voluntario

Como representante de un incapacitado judicial  Como Guardador de Hecho

#### DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo vía	Vía	Número	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>								
Provincia	Municipio	Localidad	Código postal					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		



### Notificaciones electrónicas.

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es> / \*apartado consultas \* notificaciones electrónicas  
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al **ImaS**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

@  .

- a través de un SMS en mi teléfono:

### TELÉFONOS DE CONTACTO:

Teléfono fijo 1

Teléfono móvil

Teléfono otro

### Declaración y firma de la solicitud.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:** Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

**QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR** al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mi domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia). En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará, por medios electrónicos, los siguientes documentos, excepto que expresamente se oponga a la consulta.

Datos de Identidad, residencia, empleo, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal y maternidad, Datos de salud.

Me **OPONGO\*** a la consulta

Firma del/la interesado/a sólo si se opone a la consulta

(\*) En el caso de OPOSICIÓN a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos

Así mismo, autorizo la cesión de datos de carácter personal de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias.



## **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

### **Responsable del tratamiento de datos**

Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)  
GEAS-IMAS@listas.carm.es

### **Delegado de Protección de Datos**

CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A  
dpd.imas@carm.es

### **Finalidad del tratamiento de datos**

1. Acreditar los **antecedentes del grado de discapacidad que el solicitante tiene reconocido**, a los efectos que pueda demandar.
2. Emisión de **informe de valoración las limitaciones del reconocido discapacitado** para diferentes situaciones :

### **Legitimación**

REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h).

### **Destinatarios de cesiones de datos**

Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado.

### **Derechos del interesado**

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.

### **Procedencia de los datos**

Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud.

### **Información adicional**

Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, discapacidad, pensiones no contributivas, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal y maternidad. Datos de salud y de servicios sociales.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:  
[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

En ..... a ..... de..... de 20...

Fdo: .....

**IMAS. Instituto Murciano de Acción Social**

Sr. Director General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.-  
Ronda de Levante, 16. 30008-Murcia.



## RECUERDE:

Antes de solicitar las certificaciones de valoración de este impreso, debe tener reconocido **obligatoriamente** la condición de persona con discapacidad, si vd. aún no lo ha solicitado deberá presentar primero la correspondiente "*solicitud de reconocimiento de grado de discapacidad*", en caso contrario no se le podrá certificar y será archivada esta petición sin más trámite.

## **INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD**

- Antes de escribir, lea detenidamente los apartados de la solicitud.
- Escriba con claridad y con letras mayúsculas.

- Marque en la solicitud con una cruz la certificación que solicita.

### **1. Efectos para los que se solicita**

Requisitos y documentos a presentar:

- 1.1 **Si solicita Informe o certificado por ser exigido en la convocatoria de una oposición es imprescindible que aporte información sobre la convocatoria de la oposición a la que se presenta. Y la fecha máxima de presentación del certificado al tribunal.**
- 1.2 **Si solicita informe de aptitud debe de acompañar una descripción detallada del puesto de trabajo del que solicita el informe de aptitud.**
- 1.3 **\*Si solicita informe a demanda de empleo debe de aportar currículum vitae, vida laboral.**
- 1.4 **\*En caso de que sea pensionista de incapacidad permanente (INSS) debe de aportar la última resolución que posea.**

**Los documentos solicitados en los apartados 1.3 y 1.4, no son obligatorios pero su presentación facilitará la tramitación de su expediente.**

### **2. Datos del interesado**

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible discapacitado. Si Vd. ostenta doble nacionalidad, indique las dos.

En el caso de no disponer de la nacionalidad española y residir en territorio español, consignar en el apartado D.N.I. el nº de residente.

### **3. Datos del Representante Legal.**

Este apartado se cumplimentará cuando la solicitud sea firmada por persona distinta del interesado por ser éste menor de edad o estar incapacitado.

En el caso de representación legal, se deberá adjuntar documento acreditativo de la representación.

## **PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES**

Se presentarán en el Registro General del IMAS, sito en Ronda de Levante 16, 30008-MURCIA o en cualquiera de los previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas y en las oficinas corporativas de atención al ciudadano, con función de registro.

