

**ANEXO 1  
MODELO DE SOLICITUD**

**CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**

**DATOS PERSONALES**

**NIF / NIE**

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**TELEFONO 1**

**TELEFONO 2**

**CORREO ELECTRÓNICO**

**DOMICILIO: calle, plaza, avda. y número**

**C. POSTAL**

**MUNICIPIO**

**PROVINCIA**

**PROVINCIA PARA LA QUE DESEA SER OBJETO DE LLAMAMIENTO (Marque con una cruz)**

**BADAJOS**

**CÁCERES**

**AMBAS PROVINCIAS**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Fdo.: \_\_\_\_\_

**SECRETARÍA GENERAL CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. Avda. Las Américas,  
nº 2. CP 06800-Mérida. Badajoz.**

Los datos de carácter personal proporcionados a través del presente formulario y, en su caso, en los documentos que pudiere acompañarse, son incluidos en el Registro de Actividades de Tratamiento, titularidad de la a y Consejería de SaLud Servicios Sociales, para su tratamiento por este órgano administrativo como titular responsable en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, Vd. podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y cancelación ante la Secretaría General de la y Consejería de Salud y Servicios Sociales: Avda. Las Américas. nº2. CP 06800-Mérida. Badajoz.