



JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Consejería de Sanidad
Gerencia Regional de Salud

ANEXO III SOLICITUD DE ADMISIÓN A LISTAS DE EMPLEO PARA INSTITUCIONES SANITARIAS

APARTADO 1

DATOS DEL SOLICITANTE						
Apellido 1.º			2.º			
Nombre:						
Fecha de Nacimiento				N.I.F.		
Domicilio: Calle:				Nº		C.P.:
Localidad:			Provincia			
Telfs. 1.º			2.º			3.º

APARTADO 2

ÁREA DE SALUD QUE SOLICITA :
(Será causa de exclusión solicitar más de UN Área de Salud por cada categoría profesional).

APARTADO 3

CATEGORÍA O PROFESIÓN QUE SOLICITA: (Ver Anexo I)
(Indicar una sola categoría o profesión por solicitud)

APARTADO 4

Si **únicamente** se desea optar a nombramientos contemplados en el Artículo **10.1** (interinidades por plazas vacantes, sustituciones en los supuestos de Excedencia por cuidado de hijos o familiar u otras situaciones que den lugar a reserva de puesto de trabajo, Comisiones de Servicio,) de la Orden SAN/236/2004, marcar esta casilla

APARTADO 5

Si se desea optar a los nombramientos contemplados en el Art. 10.2 (cobertura de plazas con carácter eventual, sustituciones por vacaciones, por incapacidad temporal...) de la Orden SAN/236/2004, indique ámbito de At. Primaria y/o At. Especializada, DE NO CUMPLIMENTAR ESTE APARTADO 5 ÚNICAMENTE SE OPTARÍA A LOS NOMBRAMIENTOS CONTEMPLADOS EN EL ART. 10.1 DE LA ORDEN SAN/236/2004.

ATENCIÓN PRIMARIA : Si se ha establecido zonificación y desea solicitar alguna o todas las zonas, rellene el reverso

ATENCIÓN ESPECIALIZADA : Caso de existir más de una Gerencia de Atención Especializada en el Área de Salud, indicar por las que opta, así como indicar centro en los supuestos previstos para las Áreas de Salud de Salamanca y Zamora. De no indicarlo se entenderá que opta por todas las existentes en esa área de Salud:

.....

APARTADO 6

ACREDITA experiencia en servicios especiales (2 meses en los últimos 2 años, 5 meses en últimos 5 años ó 10 meses en últimos 10 años) en:

<input type="checkbox"/> Cuidados inten./ Reanim.	<input type="checkbox"/> Quirófanos	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis
<input type="checkbox"/> Urgencias Hospitalarias	<input type="checkbox"/> Prematuros	<input type="checkbox"/> Oncohematología

APARTADO 7

AUTOBAREMO (según lo establecido en el artículo 7 de la Orden SAN/236/2004)						
7.2.A.1.	7.2.A.2	7.2.A.3	7.2.A.4	7.2.B	7.2.C	TOTAL

El que suscribe solicita ser admitido y DECLARA que son ciertos los datos consignados y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos consignados.

En, _____

Fecha y firma

SR. GERENTE DE SALUD DE AREA DE :