

ANEXO II

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA BOLSA DE PROMOCIÓN INTERNA TEMPORAL DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE HELLÍN *(Especificar Centro de Gestión).*

NUEVA INSCRIPCIÓN

ACTUALIZACIÓN DE MÉRITOS

CATEGORÍA/S SOLICITADAS PARA P.I.T.

-
-
-
-

CATEGORÍA DE ORIGEN

CENTRO EN EL QUE PRESTA SERVICIOS

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

I. DATOS PERSONALES.

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

DNI/NIF

DOMICILIO

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

PROVINCIA

TELÉFONO

FAX

EMAIL

II. DOCUMENTACION APORTADA. *(Señale con un X en su caso, e indique el título y el nº de documentos)*

Titulación: _____

Certificado/s de Servicios Prestados: Nº de documentos: _____

Certificado/s de Cursos Formativos: Nº de documentos: _____

III. AUTOBAREMACIÓN: TOTAL PUNTOS

El/la abajo firmante, SOLICITA ser admitido en la convocatoria expresada y DECLARA que en la aportación de aquellos documentos que no son originales o copias compulsadas, los datos consignados son veraces y la fotocopia de los documentos que aporta es copia fiel del original que obra en su poder y facultando a la Administración competente para verificar la misma, asumiendo en todo caso las responsabilidades, incluso penales que pudieren derivarse de la falsedad en su aportación. En todo caso los interesados podrán recabar de la Administración competente de la resolución del procedimiento administrativo, que con la aportación de la copia junto con el original, se lleve a cabo el correspondiente cotejo y dar fe de la comprobación realizada. En cumplimiento de lo establecido en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal, el R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la L.O. 15/1991, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y en el Decreto 104/2008, de 22 de julio, de protección de Datos de Carácter Personal en la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, el Sescam le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados para su tratamiento, a un fichero automatizado de datos. Asimismo, se le informa de que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito a la persona titular de la Dirección Gerencia del Sescam.

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo: El interesado/a.



ANEXO III

AUTOBAREMACIÓN

Nombre y apellidos

8.1. Experiencia profesional:

a) Servicios prestados en Instituciones Sanitarias Públicas del Sistema Nacional de Salud e Instituciones Sanitarias Públicas de la Unión Europea en la misma categoría a la que se opta:

- Número de días

X 2 puntos: TOTAL PUNTOS

b) Servicios prestados en Instituciones Sanitarias Públicas del Sistema Nacional de Salud e Instituciones Sanitarias Públicas de la Unión Europea en distinta categoría a la que se opta:

- Número de días

X 1 punto: TOTAL PUNTOS

a) Refuerzos: (1 mes o la parte proporcional por cada 150 horas o fracción realizada).

- Número de meses en la misma categoría

X 60 puntos: TOTAL PUNTOS

- Número de meses en distinta categoría

X 30 puntos: TOTAL PUNTOS

8.2. Formación continuada: (puntuación máxima 2.000 puntos).

Por diplomas o certificados relacionados directamente con la categoría o especialidad a la que se opta, obtenidos en cursos.

- Número de horas

X 4 puntos: TOTAL PUNTOS

TOTAL PUNTOS: