

REMITE:

APELLIDOS, NOMBRE

DNI/PASAPORTE

DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, PISO

CÓDIGO POSTAL, MUNICIPIO, PROVINCIA

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE APORTA:

Marque con una X lo que proceda:

- DNI/Pasaporte.
- Titulación Académica exigida para acceso categoría.
- Declaración jurada de no haber sido separado de ninguna Administración Pública, ni encontrarse inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.
- Declaración jurada de no tener condición de personal estatutario fijo en la categoría en la que se inscribe.
- Certificado expedido por órgano competente sobre discapacidad y grado de la misma.

Numere correlativamente y detalle el número de orden que le haya asignado a la documentación y certificados que aporta:

CERTIFICADOS DE SERVICIOS PRESTADOS EN OTRAS INSTITUCIONES
TÍTULOS ACADÉMICOS, MASTER, DIPLOMAS
CERTIFICADOS CURSOS DE FORMACIÓN
CERTIFICADOS DE DOCENCIA POSTGRADUADA
CERTIFICADOS SOBRE PARTICIPACIÓN EN COMISIONES DE CALIDAD
CERTIFICADOS DE PUBLICACIONES, PONENCIAS Y COMUNICACIONES
CERTIFICADOS O RESOLUCIONES DE CONCESIÓN DE PREMIOS

Del nº al nº
Del nº al nº
Del nº al nº
Del nº al nº
Del nº al nº
Del nº al nº
Del nº al nº

OTROS (Detallar) _____

BOLSA DE EMPLEO TEMPORAL

CATEGORÍA

ESPECIALIDAD/ÁREA ESPECÍFICA

*** DESTINATARIO:**

COMISIÓN DE VALORACIÓN

CATEGORÍA:

CENTRO SANITARIO:

DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA:

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO, PROVINCIA

SOLO SE VALORARAN AQUELLOS MÉRITOS ALEGADOS, ACREDITADOS DOCUMENTALMENTE, AUTOBAREMADOS Y REGISTRADOS DURANTE EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN DE SOLICITUDES.

*DESTINATARIO: INTRODUZCA EL CENTRO SANITARIO (HOSPITAL O DISTRITO) Y DIRECCIÓN DONDE SE UBICA LA COMISIÓN DE VALORACIÓN Y LA CATEGORÍA.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD