

ANEXO I.-

CATEGORÍAS
ODONTÓLOGO/ESTOMATOLOGO DE ÁREA DE ATENCION PRIMARIA
FARMACEUTICO DE ÁREA EN ATENCIÓN PRIMARIA
TECNICO DE SALUD PUBLICA
ENFERMERO/A
ENFERMERO/A ESTATUTARIO PARA LA ATENCION CONTINUADA AP (PEAC)
MATRONA
FISIOTERAPEUTA
TECNICO ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLÓGICA
TECNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO
TECNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNOSTICO
HIGIENISTA DENTAL
AUXILIAR DE ENFERMERIA
GRUPO TECNICO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA
TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION
INGENIERO SUPERIOR
TRABAJADOR SOCIAL
GRUPO DE GESTION DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA
TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION
INGENIERO TÉCNICO
GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA
<i>*CONTINÚA PAG Nº 1</i>

**CONTINUACIÓN CATEGORÍAS PIT*

TÉCNICO ESPECIALISTA EN SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION

GOBERNANTA

COCINERO

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

COSTURERA

TELEFONISTA

ELECTRICISTA

FONTANERO

CALEFACTOR

MECANICO

CELADOR

PINCHE

CARPINTERO

PLANCHADORA

LAVANDERA

ANEXO II.-

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA BOLSA DE PROMOCIÓN INTERNA TEMPORAL DE GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE PUERTOLLANO

NUEVA INSCRIPCIÓN

ACTUALIZACIÓN DE MÉRITOS

CATEGORÍA/S PARA P.I.T.

-
-
-
-

CATEGORÍA ACTUAL

CENTRO EN EL QUE PRESTA SERVICIOS

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

I. DATOS PERSONALES.

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

DNI/PASAPORTE

DOMICILIO

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

PROVINCIA

TELÉFONO

FAX

E-MAIL

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: N° de documentos: _____

Certificado/s de Cursos Formativos: N° de documentos: _____

III. AUTOBAREMACIÓN: TOTAL PUNTOS

El abajo firmante, SOLICITA ser admitido en la Bolsa de Promoción Interna Temporal para la categoría expresada, manifestando asimismo que cumple las condiciones exigidas y son ciertos los datos consignados en esta solicitud.

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo: El interesado/a.

SR. DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE PUERTOLLANO

**ANEXO III.-
AUTOBAREMACIÓN.**

Nombre y apellidos

8.1. Experiencia profesional:

a) Días de 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) Días de 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

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 TIEMPO TRABAJADO+ FORMACIÓN: