

## ANEXO II

### SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO DE MOVILIDAD VOLUNTARIA DEL PERSONAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA, AÑO 2017

CENTRO E INSTITUCIÓN CONVOCANTE: GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE ÁVILA. COMPLEJO ASISTENCIAL
--

1. DATOS PERSONALES			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
DNI	Fecha de nacimiento	Teléfono	
Domicilio	Localidad	C. Postal	Provincia

2. DATOS PROFESIONALES	
Tipo de Personal:	
ESTATUTARIO FIJO:	<input type="checkbox"/>
FUNCIONARIO DE CARRERA:	<input type="checkbox"/>
LABORAL FIJO:	<input type="checkbox"/>
Cuerpo/Escala/Categoría:	
Unidad/Servicio/Área funcional en la que presta servicios:	
Situación Administrativa:	
<input type="checkbox"/> Servicio activo con destino en el Complejo Asistencial de Ávila	Fecha:
<input type="checkbox"/> Servicio activo en comisión de servicios en otro Centro (Indique el Centro):	Fecha:
<input type="checkbox"/> Otra situación (con reserva de plaza):	Fecha:
Indique la fecha de la última convocatoria de movilidad interna en la que participó en el Complejo Asistencial de Ávila:	
¿Desempeña un puesto de trabajo por motivos de salud laboral? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Preferencia para ocupar un puesto en horario fijo de mañana o tarde	
Edad: _____	
Indique los años inmediatamente anteriores a esta convocatoria, en que ha prestado servicios efectivos en turno rotatorio o nocturno: _____	

3. MÉRITOS	
Sólo en categorías en las que existan ESPECIALIDADES:	
Título de Especialista <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Experto universitario <input type="checkbox"/>

