

## 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:   
 FUNCIONARIO DE CARRERA:   
 LABORAL FIJO:

Cuerpo/Escala/Categoría:

Unidad/Servicio/Área funcional en la que presta servicios:

Situación Administrativa:

- Servicio activo con destino en el Complejo Asistencial de Ávila Fecha: \_\_\_\_\_  
 Servicio activo en comisión de servicios en otro Centro Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Indique el Centro): \_\_\_\_\_  
 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  NO

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  Doctorado  Master  Experto universitario

PUESTOS SOLICITADOS EN LA CATEGORÍA DE \_\_\_\_\_

Orden Pref.	Identificador del puesto	UNIDAD/SERVICIO/AREA FUNCIONAL	TURNO	HORARIO

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE APORTAN:**

**RELACIÓN DE MÉRITOS QUE NO SE APORTAN POR ESTAR EN PODER DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA:**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

(Firma)



**GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE ÁVILA. COMPLEJO ASISTENCIAL. HOSPITAL NTRA. SRA. DE SONSOLES**

Avda. Juan Carlos I, s/n. 05004 Ávila