



# I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

## B. AUTORIDADES Y PERSONAL

### B.2. Oposiciones y Concursos

#### **CONSEJERÍA DE SANIDAD**

#### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SACYL)**

#### **Gerencia de Atención Primaria de León**

*RESOLUCIÓN de 23 de noviembre de 2016, de la Gerente de Atención Primaria de León, por la que se aprueba el listado provisional de aspirantes admitidos y excluidos al proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del Servicio de Salud de Castilla y León.*

De conformidad con lo establecido en la Base 4.1 de la Orden SAN/576/2016, de 17 de junio («B.O.C. y L.» n.º 122 de 27 de junio), por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA del Servicio de Salud de Castilla y León, una vez finalizado el plazo de presentación de solicitudes, esta Gerencia de Atención Primaria de León, de la Gerencia Regional de Salud,

#### RESUELVE:

*Primero.*– Aprobar las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al citado proceso selectivo indicando, en su caso, las causas de exclusión. Estas listas provisionales se encuentran expuestas en las Gerencias de Salud de Área de la Gerencia Regional de Salud que se relacionan en el Anexo I de la presente resolución. Asimismo podrán consultarse en el Portal de Sanidad de Castilla y León (<http://www.saludcastillayleon.es>) y a través del teléfono 012 de información y atención al ciudadano.

Igualmente, se publica Anexo II con las causas de exclusión y su referencia numérica correspondiente.

*Segundo.*– Los aspirantes dispondrán de un plazo de quince días naturales, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución, para presentar reclamaciones o subsanar el defecto o defectos que haya motivado su exclusión o, en su caso, su no inclusión expresa. Las reclamaciones se dirigirán a la Gerencia de Atención Primaria de León, C/ Abad Viñayo s/n, 24008 León. A tal fin se adjunta modelo que se podrá utilizar para la formalización de dichas reclamaciones o subsanaciones.



*Tercero.*– Las reclamaciones presentadas a las listas provisionales de admitidos y excluidos se resolverán mediante Resolución de esta Gerencia de Atención Primaria, en el momento que se aprueben las listas definitivas de admitidos y excluidos, indicando lugar, día y hora para la realización del ejercicio de la fase de oposición. Dicha resolución será publicada en el «Boletín Oficial de Castilla y León» con una antelación mínima de 10 días naturales a la celebración del ejercicio.

León, 23 de noviembre de 2016.

*La Gerente*  
*de Atención Primaria de León,*  
Fdo.: CONCEPCIÓN DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

**ANEXO I**

- Gerencia de Salud de Área de Ávila  
C/ Doctor Fleming, n.º 3  
05001 Ávila
- Gerencia de Salud de Área de Burgos  
Avda. Reyes Católicos, n.º 16  
09005 Burgos
- Gerencia de Salud de las Áreas de León y El Bierzo  
C/ Juan Lorenzo Segura, n.º 3  
24001 León
- Gerencia de Salud de Área de Palencia  
C/ Los Soldados, n.º 15  
34001 Palencia
- Gerencia de Salud de Área de Salamanca  
Avda. de Mirat, n.º 28 – 32  
37005 Salamanca
- Gerencia de Salud de Área de Segovia  
Paseo Conde Sepúlveda, n.º 1  
40002 Segovia
- Gerencia de Salud de Área de Soria  
Paseo del Espolón, n.º 2  
42001 Soria
- Gerencia de Salud de las Áreas de Valladolid  
C/ Álvarez Taladriz, n.º 14  
47007 Valladolid
- Gerencia de Salud de Área de Zamora  
Avda. Príncipe de Asturias, n.º 47 - 49  
49003 Zamora

**ANEXO II****CÓDIGO CAUSAS DE EXCLUSIÓN**

1	NO ACREDITA EL PAGO DE DERECHOS DE EXAMEN
2	PAGO INCOMPLETO DE DERECHOS DE EXAMEN
3	NO INDICAR NIF/NIF INCORRECTO
4	FALTA SOLICITUD
5	NO ACREDITA NACIONALIDAD O PARENTESCO
6	NO ACREDITA DISCAPACIDAD
7	NO ACREDITA EXENCIÓN DE TASAS POR FAMILIA NUMEROSA
8	LA TITULACIÓN INDICADA EN LA SOLICITUD NO CORRESPONDE CON LA ESPECÍFICA DE LA CONVOCATORIA
9	INSTANCIA FUERA DE PLAZO
10	FALTA LA FIRMA



### MODELO DE SUBSANACION DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES

(Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería del Sacyl convocado por Orden SAN/576/2016)

Nombre y apellidos:..... NIF:.....

Domicilio:..... Código Postal:..... Municipio:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

#### EXPONE:

- Que he sido excluida/o provisionalmente del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
- Que los datos personales que aparecen en el listado son incorrectos.
- Que no aparezo en el listado de admitidos ni en el de excluidos habiendo presentado la solicitud.

#### SOLICITA:

- La admisión definitiva en el proceso selectivo al proceder a la subsanación de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

	MOTIVO DE EXCLUSION	FORMA DE SUBSANAR
1	<input type="checkbox"/> No acredita el pago de derechos de examen.	Acreditar el abono íntegro de la tasa mediante la presentación del resguardo de transferencia o modelo 046
2	<input type="checkbox"/> Pago incompleto de derechos de examen.	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante la presentación del resguardo de transferencia o modelo 046
3	<input type="checkbox"/> No indicar NIF. NIF incorrecto.	Ténganse por corregidos el NIF o datos personales según los consignados en la cabecera de esta solicitud.
4	<input type="checkbox"/> Falta solicitud	Aportar fotocopia compulsada del impreso de solicitud.
5	<input type="checkbox"/> No acredita nacionalidad o parentesco.	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 3.2.5 de la convocatoria.
6	<input type="checkbox"/> No acredita discapacidad.	Aportar fotocopia compulsada del certificado de discapacidad o acreditar el abono íntegro de la tasa
7	<input type="checkbox"/> No acredita exención de tasas por familia numerosa.	Aportar fotocopia compulsada del título de familia numerosa y copia de la declaración de la renta del ejercicio 2015 o acreditar el abono íntegro de la tasa
8	<input type="checkbox"/> La titulación indicada en la solicitud no corresponde con la específica en la convocatoria	Confirmar que está en posesión de la titulación requerida, específica de la convocatoria.
9	<input type="checkbox"/> Instancia fuera de plazo.	Acreditación de haber presentado la instancia dentro del plazo establecido (fotocopia compulsada de la instancia presentada)
10	<input type="checkbox"/> Falta la firma	Manifiesto expresamente mi voluntad de participar en el proceso selectivo firmando la presente solicitud.

- Que se corrijan los datos personales que aparecen en el listado, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.
- Que se me incluya en el listado de admitidos al proceso selectivo, para ello aporoto copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican el pago de tasas o el derecho a exención de éste.

En.....a ..... de ..... de 2016  
Firma:

#### IMPORTANTE:

Marque con X aquellas casillas a las que corresponda la petición.  
No se considerarán válidas las solicitudes sin firmar.  
Toda la documentación debe ir en castellano o en su defecto acompañada de traducción legal.

SELLO DE REGISTRO



SRA. GERENTE DE ATENCION PRIMARIA DE LEON DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEON.- C/ Abad Viñayo s/n 24008 LEON