

ANEXO I

MODELO PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LA BOLSA DE EMPLEO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.

APELLIDOS Y NOMBRE:	
DNI/NIE:	TELÉFONO:
DOMICILIO	
PROVINCIA:	
CATEGORÍA:	
convocada por: (marque con x la que corresponda)	

RESOLUCIÓN de 13 de diciembre de 2016, de la Dirección General de Profesionales, por la que se efectúa convocatoria para la constitución de la bolsa de empleo de la categoría de **ENFERMERO/A** de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

El abajo firmante, que figura en la relación definitiva de ASPIRANTES inscritos de la bolsa de empleo de la categoría marcada anteriormente, **ADJUNTA, anexo y grapado a esta instancia**, la siguiente **DOCUMENTACIÓN**, al objeto de que se proceda a la comprobación del autobaremo realizado por el que suscribe en la aplicación informática habilitada al efecto:

TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:	Desde la hoja:	Hasta hoja
Requisito de NACIONALIDAD (no españoles en casos regulados):	Desde la hoja:	Hasta hoja
TÍTULO DE ESPECIALISTA en Enfermería:	Desde la hoja:	Hasta hoja
Certificado acreditativos de EXPERIENCIA MÍNIMA en puestos:	Desde la hoja:	Hasta hoja
I EXPERIENCIA PROFESIONAL:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.a FORMACION CONTINUADA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.b FORMACION ESPECIALIZADA Y POSTGRAD:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.2 DOCENCIA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.3 Act. científicas, investigación, difusión conocimiento Y OTRAS:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
III. SUPERACIÓN EJERCICIOS FASE OPOSICIÓN:	Desde la hoja:	Hasta hoja:

El que suscribe **DECLARA**, bajo su responsabilidad, que las copias de la documentación presentada se corresponden con los documentos originales que obran en su poder, cuya aportación podrá ser requerida en cualquier momento por el órgano gestor.

La documentación se entrega ordenada, siguiendo el cuadro anterior y en hojas numeradas, con la numeración visible en la esquina superior derecha de cada hoja.

Los documentos que componen el apartado I Experiencia Profesional deberán ir ordenados conforme a los distintos apartados (1,2, 3,...).

Firma del interesado:

SELLO DE REGISTRO:

Fdo:.....

DESTINATARIO:

GERENCIA DE SALUD DE LAS ÁREAS DE VALLADOLID, calle Álvarez Taladriz, N.º 14 DE VALLADOLID-47007