

ANEXO V

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS
PARA PLAZAS DE PERSONAL
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA
EN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

DATOS PERSONALES

Apellidos:			
Nombre		Fecha nacimiento	
DNI o Pasaporte n°	letra	Nacionalidad	
Domicilio (calle, plaza, avenida)		n°	piso y puerta
Municipio		Código Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DE LA CONVOCATORIA:

ORGANO CONVOCANTE (PONGA X . PRESENTAR UNA INSTANCIA POR CONVOCATORIA) :	
<input type="checkbox"/> Dirección Gerencia Comp. Hosp. Ntra. Sra. del Pino/Sabinal	<input type="checkbox"/> Dirección Gerencia Compl. Hosp. N. Sra. de la Candelaria/Otra
<input type="checkbox"/> Dirección Gerencia Comp. Hosp. Materno Infantil/Insular	<input type="checkbox"/> Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma
<input type="checkbox"/> Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote	<input type="checkbox"/> Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera
<input type="checkbox"/> Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura	<input type="checkbox"/> Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro
ESPECIALIDAD: _____	
SISTEMA DE ACCESO (Ponga X) :	
<input type="checkbox"/> Libre	<input type="checkbox"/> Promoción interna
Aspirantes por sistema de Promoción interna señalar:	
• Categoría de Origen : _____	• Grupo: _____
• nombre de la Institución en que presta servicio activo, tiene reserva de plaza o causó excedencia (aspirantes en comisión de servicios o situación especial en activo, indicar las dos): _____	
MINUSVÁLIDOS: Solicita adaptación por minusvalía (ponga x) <input type="checkbox"/>	
Adaptación que solicita _____	

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (ponga X):

<input type="checkbox"/> Justificante pago derechos de examen	<input type="checkbox"/> Certificación requisitos Promoción Interna	<input type="checkbox"/> Certificación minusvalía y adaptación funcional
---	---	--

El abajo firmante solicita ser admitido a las pruebas selectivas a que se refiere la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne las condiciones exigidas para participar en la Convocatoria reseñada, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos.

En _____ a _____ de _____ de 1999 (firma)

DIRECCIÓN GERENCIA/GERENCIA DE _____

ANEXO VI

CERTIFICADO DE SERVICIOS PRESTADOS

Don Director de Gestión del

CERTIFICO

Que según la documentación que consta en el expediente personal de

Don/Doña

Médico Especialista en, queda acreditado que ha prestado los siguientes servicios, valorables en el apartado A.I del baremo de méritos:

	Desde	Hasta	Total meses
1.- Punto 1.A del baremo de méritos			
2.- Punto 1.B del baremo de méritos			
3.- Punto 2 del baremo de méritos			

Asimismo ha prestado los siguientes servicios valorables en el apartado B del baremo de méritos (cumplimentar sólo para los aspirantes por el sistema de promoción interna):

	Desde	Hasta	Total meses
1.- Punto a) del baremo de méritos			
2.- Punto b) del baremo de méritos			
3.- Punto c) del baremo de méritos			
4.- Punto d) del baremo de méritos			

Y para que así conste, a petición del interesado se expide la presente certificación con el visto bueno del Director Gerente/Gerente, en a de de mil novecientos noventa y nueve.

VºBº

El Director Gerente/Gerente

- * El cómputo de servicios prestados finaliza el último día del plazo de presentación de solicitudes.
- * Los servicios prestados coincidentes en el tiempo serán excluyentes entre sí, excepto los valorados en el apartado 2 respecto a los valorados en el apartado 1.A.
- * Los meses serán completos, con las fracciones debidamente totalizadas en múltiplos de 30. Las fracciones restantes inferiores al mes no se valorarán.
- * En los nombramientos a tiempo parcial se totalizarán el número de horas en días a razón de 7 horas diarias.

DIRECCIÓN GERENCIA /GERENCIA DE