**ANEXO I**

**SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA CONVOCATORIA DEL AÑO 2017 DEL PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DEL TIEMPO DE DOCENCIA PARA LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA APROBADO PARA EL PERIODO 2016-2019, MEDIANTE RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN DE FECHA 22 DE NOVIEMBRE DE 2017**

**Marque la casilla según el nombramiento que detenta:**

|  |
| --- |
| * JEFE DE ESTUDIOS EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA
* RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
* TUTOR COORDINADOR
 |

**1.- DATOS PERSONALES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.1. Primer Apellido | 1.2. Segundo Apellido | 1.3. Nombre | 1.4. Sexo.V M |
| 1.5. NIF | 1.6. Teléfono 1 | 1.7. Teléfono 2 | 1.8. Domicilio (calle o plaza, nº) |
| 1.9. Correo electrónico | 1.10. Localidad | 1.11.Provincia | 1.12. Código Postal |

**2.- DATOS PROFESIONALES:**

|  |
| --- |
| 2.1. Según categoría: Licenciado Especialista Enfermero/a Enfermero/a especialista |
| 2.2. Especialidad | 2.3. Centro de trabajo |
| 2.4. Localidad | 2.5. Provincia |

**3.- DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA:**

|  |
| --- |
| * CONFORMIDAD DEL GERENTE DEL CENTRO DE GASTO DONDE PRESTE LABOR ASISTENCIAL (según modelo Anexo II)
* CURRICULUM VITAE (según modelo de Anexo III)
* MEMORIA DE LA LABOR ASISTENCIAL Y PROYECTO DE ACTIVIDAD EN MATERIA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA Y ASPECTOS QUE CONSIDEREN RELEVANTES PARA EL PROCESO DE EVALUACIÓN FIRMADA POR EL SOLIICTANTE (según modelo de Anexo IV)
 |

**SOLICITA**

**QUE, ACEPTANDO EN SU TOTALIDAD LAS CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA EFECTUADA POR RESOLUCIÓN DE 22 DE NOVIEMBRE DE 2017, LE SEA ADMITIDA LA PRESENTE SOLICITUD Y CONCEDIDA LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE INCENTIVACIÓN PARA LA CONVOCATORIA DEL AÑO 2017.**

**(Firma del solicitante)**

**En……………………a……de……………….de**

*De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL PROFESIONALES, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.*

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN**