

ANEXO I

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL AÑO 2016 DEL PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DEL TIEMPO DE DOCENCIA PARA LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA APROBADO PARA EL PERIODO 2016-2019, CONVOCADO MEDIANTE RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN EN FECHA 30 DE MAYO.

Marque la casilla según el nombramiento que detenta:

<input type="checkbox"/> JEFE DE ESTUDIOS EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA
<input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
<input type="checkbox"/> TUTOR COORDINADOR

1.- DATOS PERSONALES:

1.1. Primer Apellido	1.2. Segundo Apellido	1.3. Nombre	1.4. Sexo. V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> Licenciado Especialista <input type="checkbox"/> Enfermero/a <input type="checkbox"/> Enfermero/a especialista	
2.2. Especialidad	2.3. Centro de trabajo
2.4. Localidad	2.5. Provincia

3.- DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA:

<input type="checkbox"/> CONFORMIDAD DEL GERENTE DEL CENTRO DE GASTO DONDE PRESTE LABOR ASISTENCIAL (según modelo Anexo II)
<input type="checkbox"/> CURRICULUM VITAE (según modelo de Anexo III)
<input type="checkbox"/> MEMORIA DE LA LABOR ASISTENCIAL Y DE PROYECTO DE ACTIVIDAD EN MATERIA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA Y ASPECTOS QUE CONSIDEREN RELEVANTES PARA EL PROCESO DE EVALUACIÓN FIRMADA POR EL SOLIICITANTE (según modelo de Anexo IV)

SOLICITA

QUE, ACEPTANDO EN SU TOTALIDAD LAS CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA EFECTUADA POR RESOLUCIÓN DE 30 DE MAYO DE 2016, LE SEA ADMITIDA LA PRESENTE SOLICITUD Y CONCEDIDA LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE INCENTIVACIÓN PARA EL 2016.

(Firma del solicitante)

En.....a...de.....de 20...

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**

ANEXO II

CONFORMIDAD DEL GERENTE DEL CENTRO DONDE SE DESEMPEÑA LA LABOR ASISTENCIAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Categoría		Centro de trabajo
Nombramiento de: <input type="checkbox"/> JEFE DE ESTUDIOS EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA <input type="checkbox"/> TUTOR COORDINADOR		
Localidad		Provincia

D....., EN CALIDAD DE GERENTE DEL CENTRO,
EN RELACIÓN CON EL PROFESIONAL ARRIBA INDICADO Y A LOS EFECTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA
PRESENTE CONVOCATORIA Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES DE APLICACIÓN,

MUESTRO CONFORMIDAD

CON LA PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL INDICADO EN LA PRESENTE CONVOCATORIA DE
SELECCIÓN DE BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DEL TIEMPO DE DOCENCIA
PARA LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA APROBADO PARA EL PERIODO 2016-2019,
CONVOCADO MEDIANTE RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE
SALUD DE CASTILLA Y LEÓN DE FECHA 30 DE MAYO.

En....., a.....de.....de 20.....

(Firma del Gerente del centro)

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

**ANEXO III
CURRICULUM VITAE**

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN (dd/mm/aaaa): _____

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:	1º APELLIDO:	2º APELLIDO:
NIF/NIE:	FECHA NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa)	SEXO (V/M):

DOMICILIO PARTICULAR:

VÍA:	NÚM.:	PLANTA:	PUERTA:
C. P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
CORREO ELECTRÓNICO:		MÓVIL:	

FORMACIÓN ACADÉMICA:

TITULACIÓN ACADÉMICA	CENTRO	FECHA

DOCTORADO	CENTRO	FECHA

SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL:

PUESTO ACTUAL:

FECHA INCORPORACIÓN:

ORGANISMO:

CENTRO/FACULTAD/ESCUELA/INSTITUTO:

DEPARTAMENTO/SERVICIO:

DIRECCIÓN:

CP:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

EXTENSIÓN:

FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

VINCULACIÓN: {
 FUNCIONARIO/A
 ESTATUTARIO/A
 LABORAL

DEDICACIÓN: {
 TIEMPO PARCIAL
 TIEMPO COMPLETO

ACTIVIDADES ANTERIORES RELATIVA A LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA:

AÑOS (INICIO-FINAL)	PUESTO	CENTRO

OTROS MÉRITOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS: Miembro de comités de expertos, premios, ponencias, etc.

--

El/la abajo firmante, D./D^a _____, con N.I.F. /N.I.E. _____, se responsabiliza de la veracidad de los datos contenidos en el presente *Curriculum Vitae*, y se compromete a aportar, en su caso, las pruebas o justificantes documentales que le sean requeridas.

Fdo.:

(Nombre y apellidos del candidato solicitante)

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

**ANEXO IV
MEMORIA**

MEMORIA ASISTENCIAL

Horario y turno laboral:

Jornadas completas semanales/mensuales dedicadas a la asistencia (consultas, actividad quirúrgica, exploraciones complementarias.. y descripción de estas actividades (ej. asistencia a pacientes ingresados, realización de ecografías etc). En caso de que sea rotatoria, describir cada periodo)

Guardias presenciales (número mensual y duración)

Dedicación horaria a otras actividades (ej. profesor vinculado ciencias de la salud, actividades de gestión, o investigadora clínica, ensayos, o experimental) si está establecida dentro del horario laboral.

--

MEMORIA DE PROYECTO EN MATERIA DE FOMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

RESUMEN: Objetivos previstos en el periodo de la intensificación y descripción de las actividades científicas que se pretenden desarrollar.

El/la abajo firmante, D./D^a _____, con N.I.F. /N.I.E. _____, se responsabiliza de la veracidad de los datos contenidos en la presente *Memoria*, y se compromete a aportar, en su caso, las pruebas o justificantes documentales que le sean requeridas.

Fdo.:
(Nombre y apellidos del candidato solicitante)

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