**ANEXO III**

**CURRICULUM VITAE**

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN (dd/mm/aaaa):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE: | 1er 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

SITUACIÓN LABORAL: ESTATUTARIO/A DEDICACIÓN: TIEMPO PARCIAL

LABORAL 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./Dª , 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.**