

ANEXO IV

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA MÍNIMA EN PUESTOS DE ENFERMERÍA

D/D^a..... con
D.N.I....., teléfono de contacto..... y domicilio a efecto
de notificaciones en.....

EXPONE:

Que habiendo prestado servicios en ese Centro en la categoría de **ENFERMERO/A**, y a los efectos de aplicación de la preferencia, que corresponda en su caso, en el orden de llamamiento en la bolsa de empleo de dicha categoría, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la ORDEN SAN/713/2016, de 29 de julio, por la que se regulan las bases comunes para la constitución de bolsas de empleo de personal estatutario temporal, de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, y se regula el funcionamiento de las mismas,

SOLICITA:

Le sea expedido **CERTIFICADO ACREDITATIVO** de cumplir el requisito de haber **prestado servicios como enfermero/a**, en puestos de las especialidades de (marcar x donde corresponda) tomándose como fecha de referencia el 15 de diciembre de 2022 (fecha de corte):

	Mínimo de	
	Dos meses en los últimos dos años	Cinco meses en los últimos cinco años
<input type="checkbox"/> Enfermería de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería Geriátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería del Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería Familiar y Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería Pediátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería Obstétrico-ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y en los siguientes PUESTOS de (marcar x donde corresponda):

	Mínimo de	
	Dos meses en los últimos dos años	Cinco meses en los últimos cinco años
<input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos y/o Reanimación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Quirófanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias Hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oncohematología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Banco de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias Hospitalarias y Emergencias Sanitarias (Gerencia Emergencias Sanitarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En, a de de 20
(firma)

CENTRO AL QUE SE DIRIGE:.....