

ANEXO I

MODELO PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LA BOLSA DE EMPLEO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.

APELLIDOS Y NOMBRE:	
DNI/NIE:	TELÉFONO:
DOMICILIO:	
PROVINCIA:	
CATEGORÍA:	
Convocada por: (marque con x la que corresponda)	

RESOLUCIÓN de 9 de abril de 2019, de la Dirección General de Profesionales, por la que se efectúa convocatoria para la constitución de la bolsa de empleo de la categoría de **FISIOTERAPEUTA** de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

El abajo firmante, que figura en la relación definitiva de ASPIRANTES inscritos de la bolsa de empleo de la categoría marcada anteriormente, **ADJUNTA, anexo y grapado a esta instancia**, la siguiente **DOCUMENTACIÓN**, al objeto de que se proceda a la comprobación del autobaremo realizado por el que suscribe en la aplicación informática habilitada al efecto:

TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:	Desde la hoja:	Hasta hoja
Requisito de NACIONALIDAD (no españoles en casos regulados):	Desde la hoja:	Hasta hoja
TÍTULO DE FISIOTERAPEUTA:	Desde la hoja:	Hasta hoja
I EXPERIENCIA PROFESIONAL:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.A) FORMACION CONTINUADA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.B) FORMACION ESPECIALIZADA Y POSTGRAD:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.2 DOCENCIA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.3 Act. científicas, investigación, difusión conocimiento y otras:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
III. SUPERACIÓN EJERCICIOS FASE OPOSICIÓN:	Desde la hoja:	Hasta hoja:

El que suscribe **DECLARA**, bajo su responsabilidad:

- Que las COPIAS SIMPLES de la documentación acreditativa de los méritos autobaremos en la aplicación informática, que se presentan por el que suscribe, son el reflejo veraz y exacto de los documentos originales que obran en mi poder.
- Que dispongo de la documentación original que así lo acredita y que se comprometo a presentarla ante esa Administración en cualquier momento en que sea requerido para ello.
- Que conozco las consecuencias que conllevaría la falsedad de la documentación presentada a que se hace referencia en el artículo 6.2 del Decreto 11/2016, de 21 de abril, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar tal y como se establece en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La documentación se entrega ordenada, siguiendo el cuadro anterior y en hojas numeradas, con la numeración visible en la esquina superior derecha de cada hoja.

Los documentos que componen el apartado I Experiencia Profesional deberán ir ordenados conforme a los distintos apartados (1,2, 3,...).

Firma del interesado:

SELLO DE REGISTRO:

Fdo:.....

DESTINATARIO: GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA, C/ LUIS ERIK CLAVERÍA NEURÓLOGO, S/N. 40002 SEGOVIA.