

ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: _____ NOMBRE: _____

INDICE DE DOCUMENTACION APORTADA

- * **Titulación académica exigida:** (Sólo aquellos aspirantes de nueva inscripción)
- * **Requisitos de Nacionalidad:** (No españoles en casos regulados. Solo aquellos de nueva inscripción.)
- * **Certificado de Vida Laboral:** (Todos los inscritos con servicios prestados)

Nº HOJA	
DESDE	HASTA

I. Experiencia profesional:

1. Servicios prestados Atención Primaria en Instituciones Sanitarias Públicas SNS y Públicos UE:

	Centro Expedidor	Fecha de Expedición		DESDE	HASTA
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
4.	_____	_____			
5.	_____	_____			
6.	_____	_____			
7.	_____	_____			
8.	_____	_____			
9.	_____	_____			
10.	_____	_____			
2. Pediatría Atención Primaria en AP instituciones públicas SNS:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
3. Urgencias y emergencias SNS. U. Hospitalarias:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
4. Funciones de Coordinación, ordenación, planificación... etc:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
5. Directivos de centros sanitarios públicos del SNS:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
6. Categoría similar de atención primaria del SNS o UE					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
7. Atención Primaria de instituciones privadas.					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
8 Organizaciones no gubernamentales.					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			

(SI LOS CAMPOS NUMERADOS DISPONIBLES NO SON SUFICIENTES PARA CONSIGNAR TODOS LOS CERTIFICADOS, EMPLEE EL REVERSO DE LA HOJA O UNA HOJA APARTE Y CONTINUE CON LA NUMERACION CORRELATIVA DEL APARTADO DEL BAREMO INDICANDO LOS NUMEROS DE HOJA: DESDE-HASTA)

ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: _____ NOMBRE: _____

II.1.a Formación Continuada

DENOMINACION DEL CURSO	FECHA FINALIZACION (NO FECHA DE EXPEDICION)	CREDITOS	Nº HOJA	
			DESDE	HASTA
1.	_____	_____		
2.	_____	_____		
3.	_____	_____		
4.	_____	_____		
5.	_____	_____		
6.	_____	_____		
7.	_____	_____		
8.	_____	_____		
9.	_____	_____		
10.	_____	_____		
11.	_____	_____		
12.	_____	_____		
13.	_____	_____		
14.	_____	_____		
15.	_____	_____		
16.	_____	_____		
17.	_____	_____		
18.	_____	_____		
19.	_____	_____		
20.	_____	_____		
21.	_____	_____		
22.	_____	_____		
23.	_____	_____		
24.	_____	_____		
25.	_____	_____		
26.	_____	_____		
27.	_____	_____		
28.	_____	_____		
29.	_____	_____		
30.	_____	_____		
31.	_____	_____		
32.	_____	_____		
33.	_____	_____		
34.	_____	_____		
35.	_____	_____		
36.	_____	_____		

(SI LOS CAMPOS NUMERADOS DISPONIBLES NO SON SUFICIENTES PARA CONSIGNAR TODOS LOS CERTIFICADOS, EMPLEE EL REVERSO DE LA HOJA O UNA HOJA APARTE Y CONTINUE CON LA NUMERACION CORRELATIVA DEL APARTADO DEL BAREMO INDICANDO LOS NUMEROS DE HOJA: DESDE-HASTA)

ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: _____ NOMBRE: _____

II.1.b Formación Especializada y Postgraduada

1. VIA MIR:

SI NO

Nº HOJA
DESDE HASTA

--	--

3. ESPECIALIDADES DISTINTAS A MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA:

1. _____
2. _____
3. _____

4. MASTER:

DENOMINACION

FECHA FINALIZACION

CREDITOS

- | | | | |
|----|--|--|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

5. DOCTORADO:

SI NO

--	--

6. GRADO DOCTOR:

SI NO
CUM LAUDE SI NO

7. DIPLOMA SALUD PUBLICA:

SI NO

--	--

II.2. DOCENCIA

- | | | | |
|---------------------------------|---------------|---|---|
| A) HORAS IMPARTIDAS APARTADO A: | TOTAL HORAS: | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| B) TUTOR RESIDENTES: | TOTAL CURSOS: | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| C) PROFESOR ASOCIADO: | TOTAL CURSOS: | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |

ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: _____ NOMBRE: _____

II.3. INVESTIGACION Y OTRAS

A. Comunicaciones, posters, publicaciones:

Nº HOJA
DESDE HASTA

TOTAL DE COMUNICACIONES	<input type="text"/>
TOTAL DE POSTERS	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Publicaciones:

TITULO PUBLICACION:	NOMBRE REVISTA:		
1. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TITULO CAPITULO:	TITULO LIBRO:		
1. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TITULO LIBRO:	AUTOR/ES:		
1. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Proyectos de Investigación:

NOMBRE DEL PROYECTO	ORGANISMO PATROCINADOR	TIPO DE INVESTIGADOR		
1. _____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. SUPERACION EJERCICIO OPOSICION:

OPOSICION	EJERCICIOS SUPERADOS		
1. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(SI LOS CAMPOS NUMERADOS DISPONIBLES NO SON SUFICIENTES PARA CONSIGNAR TODOS LOS CERTIFICADOS, EMPLEE EL REVERSO DE LA HOJA O UNA HOJA APARTE Y CONTINUE CON LA NUMERACION CORRELATIVA DEL APARTADO DEL BAREMO INDICANDO LOS NUMEROS DE HOJA: DESDE-HASTA)