

**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.**

<b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b>	
<b>DNI/NIE:</b>	<b>TELÉFONO:</b>
<b>DOMICILIO:</b>	
<b>PROVINCIA:</b>	
<b>CATEGORÍA:</b>	

RESOLUCIÓN de 13 de septiembre de 2021, de la Dirección General de Profesionales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se procede a la publicación de la relación definitiva de los aspirantes inscritos en la bolsa de empleo de personal estatutario de las categorías de **T.S. Anatomía Patológica, T.S. Documentación Sanitaria, T.S. Higiene Bucodental, T.S. Laboratorio de Diagnóstico Clínico, T.S. en Imagen para el Diagnóstico, T.S. Radioterapia y T.S. Nutrición y Dietética.**

El abajo firmante, que figura en la relación DEFINITIVA de ASPIRANTES inscritos admitidos, según la Resolución citada anteriormente, **ADJUNTA, anexada a esta instancia**, la siguiente **DOCUMENTACIÓN (requisitos y méritos)**, al objeto de que se proceda a la comprobación del autobaremo realizado por el que suscribe en la aplicación informática habilitada al efecto:

<b>TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:</b>	Desde hoja	Hasta hoja
<b>Requisito de NACIONALIDAD (no españoles en casos regulados):</b>	Desde hoja	Hasta hoja
<b>I. EXPERIENCIA PROFESIONAL:</b>	Desde hoja	Hasta hoja
<b>II.1. FORMACIÓN CONTINUADA:</b>	Desde hoja	Hasta hoja
<b>II.2. DOCENCIA:</b>	Desde hoja	Hasta hoja
<b>II.3 ACT. CIENTÍFICAS, INVESTIGACIÓN, DIFUSIÓN CONOCIMIENTO:</b>	Desde hoja	Hasta hoja
<b>III. SUPERACIÓN DE EJERCICIOS DE LA FASE DE OPOSICIÓN:</b>	Desde hoja	Hasta hoja

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

- Que la documentación acreditativa de los requisitos y méritos autobaremos en la aplicación informática, que se presenta 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,...).

En ..... a ..... de ..... de 2021

Firma del interesado:

Fdo:.....

**DESTINATARIO: GERENCIA DE SALUD DE ÁREA DE LEÓN – Calle Juan Lorenzo Segura, nº 3 – 24001 LEÓN**