



# I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

## B. AUTORIDADES Y PERSONAL

### B.2. Oposiciones y Concursos

#### **CONSEJERÍA DE SANIDAD**

#### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SACYL)**

#### **Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo**

*RESOLUCIÓN de 9 de enero de 2019, del Gerente de Asistencia Sanitaria del Bierzo, por la que se aprueban las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Celador del Servicio de Salud de Castilla y León.*

De conformidad con lo establecido en la Base 4.1 de la Orden SAN/1161/2018, de 22 de octubre (B.O.C. y L. n.º 211 de 31 de octubre), por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Celador del Servicio de Salud de Castilla y León, una vez finalizado el plazo de presentación de solicitudes, esta Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo de la Gerencia Regional de Salud,

#### RESUELVE

*Primero.*– Aprobar las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al citado proceso selectivo indicando, en su caso, las causas de exclusión. Estas listas provisionales se encuentran expuestas en las Gerencias de Salud de Área y Gerencias de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud que se relacionan en el Anexo I de la presente resolución. Asimismo podrán consultarse en el Portal de Salud de Castilla y León (<http://www.saludcastillayleon.es>) y a través del teléfono de información 012 (para llamadas desde fuera de la Comunidad de Castilla y León 983327850).

*Segundo.*– Los aspirantes dispondrán de un plazo de quince días naturales, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución, para presentar reclamaciones o subsanar el defecto que haya motivado su exclusión o, en su caso, su no inclusión expresa.

Las causas de exclusión son las indicadas en el Anexo II.

Las reclamaciones se dirigirán a la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo (Hospital El Bierzo), sita en la calle Médicos sin Fronteras, 7 de Ponferrada – 24404 (LEÓN).

A tal fin, se adjunta como Anexo III modelo que se podrá utilizar para la formulación de dichas reclamaciones o subsanaciones.



*Tercero.*– Las reclamaciones presentadas a las listas provisionales de admitidos y excluidos se resolverán mediante Resolución de esta Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo en el momento que se aprueben las listas definitivas de admitidos y excluidos, indicando lugar, día y hora para la realización del ejercicio de la fase de oposición. Dicha Resolución será publicada en el Boletín Oficial de Castilla y León con antelación mínima de 10 días naturales a la celebración del ejercicio.

*Cuarto.*– Los aspirantes que participen por el turno reservado a personas con discapacidad que no reúnan o acrediten los requisitos exigidos, deberán acreditar dicha discapacidad en el plazo indicado en el apartado segundo de la presente resolución.

En caso contrario, serán incluidos en la relación de admitidos del turno libre, siempre y cuando abonen en dicho plazo los derechos de examen correspondientes a este turno.

Ponferrada, 9 de enero de 2019.

*El Gerente de Asistencia  
Sanitaria del Bierzo,*  
Fdo.: JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ SOTO

**ANEXO I***Gerencia de Asistencia Sanitaria de Ávila*

C/ Doctor Fleming, n.º 3

05001 Ávila

*Gerencia de Salud de Área de Burgos*

Avda. Reyes Católicos, n.º 16

09005 Burgos

*Gerencia de Salud de Área de León*

C/ Juan Lorenzo Segura, n.º 3

24001 León

*Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia*

C/ Los Soldados, n.º 15

34001 Palencia

*Gerencia de Salud de Área de Salamanca*

Avda. de Mirat, n.º 23-32

37005 Salamanca

*Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia*

P.º Conde Sepúlveda, n.º 1

40002 Segovia

*Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria*

P.º del Espolón, n.º 2

42001 Soria

*Gerencia de Salud de las Áreas de Valladolid*

C/ Álvarez Taladriz, n.º 14

47007 Valladolid

*Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora*

Avda. Príncipe de Asturias, n.º 47-49

49003 Zamora

*Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo*

C/ Médicos sin Fronteras, 7

24404 Ponferrada



## ANEXO II

### CAUSAS DE EXCLUSIÓN

00	Solicitud fuera de plazo.
01	Falta firma en la solicitud.
02	Exceder la edad de jubilación.
03	No acredita nacionalidad.
04	No acredita familia numerosa.
05	No acredita discapacidad.
06	No cumple grado discapacidad exigido.
07	Pago incompleto derechos de examen.
08	No acredita renta.
09	Titulación inválida.



### ANEXO III MODELO DE SUBSANACIÓN DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES

Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de: CELADOR DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN Convocada por Orden SAN/1161/2018, de 22 de octubre (BOCYL nº 211 de 31 de octubre de 2018)

Nombre y apellidos:..... NIF:.....  
Domicilio:..... Código Postal:.....  
Municipio:..... Provincia:..... Teléfono:.....

#### EXPONE:

- Que he sido **excluida/o provisionalmente** del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
- Que los **datos personales** que aparecen en el listado son **incorrectos**.
- Que no aparezco en el listado de admitidos ni en el de excluidos habiendo presentado la solicitud.

#### SOLICITA:

- La **admisión definitiva** en el proceso selectivo al **proceder a la subsanación** de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

MOTIVO DE EXCLUSIÓN (marque con una X la/s que corresponda/n)	FORMA DE SUBSANAR ACREDITACIÓN MEDIANTE APORTACIÓN DE ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA
<input type="checkbox"/> 00 FUERA DE PLAZO	<b>Acreditar el registro de la solicitud</b> conforme a las bases 3.2.1, 3.2.2 y 3.2.3
<input type="checkbox"/> 03 No Acredita NACIONALIDAD	<b>Acreditar la nacionalidad</b> conforme a la base 2.1.a), 2.1.f) y 3.2.5
<input type="checkbox"/> 04 No acredita FAMILIA NUMEROSA	<b>Acreditar familia numerosa</b> conforme a la base 3.3.4.c) o <b>abonar tasas</b> de derechos de examen en plazo
<input type="checkbox"/> 05 No acredita DISCAPACIDAD	<b>Acreditar discapacidad</b> conforme a la base 2.2.
<input type="checkbox"/> 06 No cumple grado de DISCAPACIDAD exigido	Acreditar el <b>abono íntegro de la tasa en plazo</b> mediante cualquiera de las modalidades de pago establecidas en la base 3.3.2.
<input type="checkbox"/> 07 Pago Incompleto DERECHOS DE EXAMEN	Acreditar el <b>abono de la diferencia de la tasa</b> mediante cualquiera de las modalidades de pago establecidas en la base 3.3.2.
<input type="checkbox"/> 08 No acredita RENTA	<b>Acreditar familia numerosa</b> conforme a la base 3.3.4.c)
<input type="checkbox"/> 09 Titulación INVÁLIDA	<b>Aportar titulación.</b>
<input type="checkbox"/> OTROS (.....)	

- Que se corrijan los datos personales que aparecen en el listado, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.
- Que se me incluya en el listado de admitidos al proceso selectivo, para ello aporoto copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican al pago de tasas o al derecho de exención de éste.

En ..... a ..... de ..... de 2019

Firmado:

**MUY IMPORTANTE:** Toda la documentación debe ir en castellano o en su defecto acompañada de traducción legal.

**DIRIGIDO A:** GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DEL BIERZO. C/ Médicos Sin Fronteras, 7, 24404 Ponferrada