

ANEXO III- CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA MÍNIMA

D/D^a _____ como Director/a
_____, del Centro

CERTIFICA:

Que según los antecedentes obrantes en este Centro D./D^a. _____
_____, con DNI N° _____
cuenta, en la categoría de Enfermero/a, con la experiencia mínima acreditada que a continuación
se relaciona, tomando como fecha de referencia el 24 de febrero de 2017 (fecha de corte) en los
siguientes puestos de las **especialidades** de (marcar x donde corresponda):

	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 Hospit. y Emergencias	<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"/>

Para que conste, a petición del interesado, a efectos de acreditación para la bolsa de empleo de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León de la categoría de ENFERMERO/A, convocada por RESOLUCIÓN de 13 de diciembre de 2016 (BOCyL del 22/12/2016).

Se expide el presente certificado en _____, a ____ de
_____ de 20____.

Fdo.: _____