

## ANEXO VI- CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA MÍNIMA

D/D<sup>a</sup> .....como  
Director/a ..... del  
Centro .....

### CERTIFICA:

Que según los antecedentes obrantes en este Centro, D./D<sup>a</sup>.  
.....  
con DNI ....., cuenta, en la categoría de Enfermero/a, con la experiencia mínima acreditada que a continuación se relaciona, tomando como fecha de referencia el 31 de mayo de 2019 (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,

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

Fdo.: \_\_\_\_\_