

ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: _____ NOMBRE: _____

Nº HOJA
DESDE HASTA

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)

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. _____	_____		
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 A. Primaria en A.P nacional o de la 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

Nº HOJA

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)

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 type="text"/> | <input type="text"/> |
| B) TUTOR RESIDENTES: | TOTAL CURSOS: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C) PROFESOR ASOCIADO: | TOTAL CURSOS: | <input type="text"/> | <input 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

TITULO COMUNICACION:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

TOTAL DE PÓSTERS

TITULO PÓSTER:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Publicaciones:

TITULO PUBLICACION:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

NOMBRE REVISTA:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

TITULO CAPITULO:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

TITULO LIBRO:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ANEXO V
BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: _____ NOMBRE: _____

TITULO LIBRO:

AUTOR/ES:

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

B. Proyectos de Investigación:

NOMBRE DEL PROYECTO

ORGANISMO PATROCINADOR

TIPO DE INVESTIGADOR

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

III. SUPERACION EJERCICIO OPOSICION:

OPOSICION

EJERCICIOS SUPERADOS

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

(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)