

### ANEXO III- 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 N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

cuenta, en la categoría de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con la experiencia mínima acreditada, tomando como fecha de referencia el 20 de marzo de 2017 (fecha de corte) en los siguientes **PUESTOS** (marcar x donde corresponda)

	Dos meses en los <b>últimos dos</b> <b>años</b>	Porcentaje de jornada a tiempo parcial	Cinco meses en los <b>últimos cinco</b> <b>años</b>	Porcentaje de jornada a tiempo parcial
<input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos y/o Rean..	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Quirófanos	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prematuros	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias Hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pediatría	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Oncohematología	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dietética y Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Esterilización	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Paritorios	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

En el supuesto de servicios prestados a tiempo parcial se hará constar el porcentaje en la columna correspondiente

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 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, convocada por RESOLUCIÓN de 11 de enero de 2017.

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

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