

**ANEXO IV. SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA MÍNIMA EN PUESTOS DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

D/D<sup>a</sup>.....  
con D.N.I....., teléfono de contacto..... y domicilio  
a efecto de notificaciones en  
.....

**EXPONE:**

Que habiendo prestado servicios en ese Centro en la categoría de **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**, y a los efectos de aplicación de la preferencia, que corresponda en su caso, en el orden de llamamiento en la bolsa de empleo de dicha categoría, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20.2 de la ORDEN SAN/713/2016, de 29 de julio, por la que se regulan las bases comunes para la constitución de bolsas de empleo de personal estatutario temporal, de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, y se regula el funcionamiento de las mismas,

**SOLICITA:**

Le sea expedido **CERTIFICADO ACREDITATIVO** de cumplir el requisito de haber **prestado servicios como TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA** 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"/> Prematuros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias Hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pediatría	<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"/> Dietética y Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Esterilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paritorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En ....., a ..... de ..... de 20  
(firma)

Centro al que se dirige: .....