



# I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

## B. AUTORIDADES Y PERSONAL

### B.2. Oposiciones y Concursos

#### **CONSEJERÍA DE SANIDAD**

#### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SACYL)**

#### **Gerencia de Salud de las Áreas de León**

*RESOLUCIÓN de 1 de febrero de 2019, de la Gerencia de Salud del Área de León, por la que se aprueban las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a del Servicio de Salud de Castilla y León, convocado por Orden SAN/1210/2018, de 31 de octubre.*

De conformidad con lo establecido en la Base 4.1 de la Orden SAN/1210/2018 de 31 de octubre (B.O.C. y L. n.º 222 de 16 de noviembre), por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a del Servicio de Salud de Castilla y León, esta Gerencia de Salud de Área,

#### RESUELVE:

*Primero.*– Aprobar las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al citado proceso selectivo, indicando, en su caso, las causas de exclusión. Estas listas provisionales se encuentran expuestas al público en las Gerencias de Salud de Área y de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud que se relacionan en el Anexo I de la presente Resolución. Asimismo, podrán consultarse en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León ([www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es)) y a través del servicio telefónico 012 de información y atención al ciudadano.

Igualmente, se publica Anexo II con las causas de exclusión y su referencia numérica correspondiente.

*Segundo.*– Los aspirantes dispondrán de un plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución, para presentar reclamaciones o subsanar el defecto que haya motivado su exclusión o, en su caso, su no inclusión expresa. Las reclamaciones se dirigirán a la Gerencia de Salud del Área de León, sita en la calle Juan Lorenzo Segura 3 -1.º, 24001 León. A tal fin, se adjunta como Anexo III modelo que se podrá utilizar para la formulación de dichas reclamaciones o subsanaciones.



*Tercero.*— Las reclamaciones presentadas a las listas provisionales de admitidos y excluidos se resolverán mediante Resolución de esta Gerencia de Salud de Área en el momento que se aprueben las listas definitivas de admitidos y excluidos, indicando lugar, día y hora para la realización del ejercicio de la fase de oposición.

León, 1 de febrero de 2019.

*El Gerente de Salud  
del Área de León,*  
Fdo.: FRANCISCO PÉREZ ABRUÑA

**ANEXO I**

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Ávila

C/ Doctor Fleming, n.º 3

05001 Ávila

Gerencia de Salud de Área de Burgos

Avda. Reyes Católicos, n.º 16

09005 Burgos

Gerencia de Salud del Área de León

C/ Juan Lorenzo Segura, n.º 3

24001 León

Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo

C/ Médicos sin Fronteras, n.º 7

24411 Ponferrada (León)

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia

C/ Los Soldados, n.º 15

34001 Palencia

Gerencia de Salud de Área de Salamanca

Avda. de Mirat, n.º 28-32

37005 Salamanca

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia

Paseo Conde Sepúlveda, n.º 1

40002 Segovia

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

Paseo del Espolón, n.º 2

42001 Soria

Gerencia de Salud de las Área de Valladolid

C/ Álvarez Taladriz, n.º 14

47007 Valladolid

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Avda. Príncipe de Asturias, n.º 47-49

49003 Zamora

**ANEXO II****CÓDIGOS CAUSAS DE EXCLUSIÓN**

MOTIVO DE EXCLUSIÓN
01 Solicitud sin firmar
02 Instancia fuera de plazo
03 Discapacidad no acreditada
04 Familia numerosa no acreditada y/o no presentación RENTA 2017
05 Nacionalidad o parentesco no acreditados
06 Pago no acreditado
07 Pago incompleto
08 Solicitud incompleta

NOTA: Para solicitar la subsanación de aquellos motivos de exclusión susceptibles de ello, así como para alegar la ausencia en los listados, utilice el modelo **ANEXO III** disponible entre los ficheros publicados en el Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

**ANEXO III****MODELO DE SUBSANACION DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES**

(Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de **Enfermero/a**, del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) por Orden SAN/1210/2018, de 31 de octubre)

Nombre y apellidos:..... NIF:.....

Domicilio:..... Código Postal:.....

Municipio:..... Provincia:..... Teléfono:.....

**EXPONE:**

- Que he sido excluida/o provisionalmente del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
- Que los datos personales que aparecen en el listado son incorrectos.
- Que no aparezco en el listado de admitidos ni en el de excluidos habiendo presentado la solicitud.

**SOLICITA:**

La admisión definitiva en el proceso selectivo al proceder a la subsanación de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

MOTIVO DE EXCLUSIÓN (MARQUE CON "X" EL QUE CORRESPONDA)	FORMA DE SUBSANAR (APORTANDO, EN SU CASO, DOCUMENTACION ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPULSADA)
<input type="checkbox"/> 01 Solicitud sin firmar.	Manifiesto expresamente mi voluntad de participar en el proceso selectivo firmando la presente solicitud.
<input type="checkbox"/> 02 Instancia fuera de plazo.	Acreditación de haber presentado la instancia y haber realizado el pago de la tasa dentro del plazo establecido.
<input type="checkbox"/> 03 Discapacidad no acreditada.	Acreditación de discapacidad del 33% o superior o acreditar el abono íntegro de la tasa.
<input type="checkbox"/> 04 Familia numerosa no acreditada.	Título de familia numerosa y copia de la declaración de la renta del ejercicio 2017 o acreditar el abono íntegro de la tasa.
<input type="checkbox"/> 05 Nacionalidad o parentesco no acreditados.	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 2.1.a de la convocatoria.
<input type="checkbox"/> 06 Pago no acreditado.	Acreditar el abono íntegro de la tasa, en el plazo establecido, mediante cualquiera de las modalidades de pago indicadas en la base 3.3.2 de la convocatoria.
<input type="checkbox"/> 07 Pago incompleto.	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante cualquiera de las modalidades de pago indicadas en la base 3.3.2 de la convocatoria.
<input type="checkbox"/> 08 Solicitud incompleta.	Manifiesto mi voluntad de que los datos personales que aquí constan corrijan la falta en la solicitud.

- Que se corrijan los datos personales que aparecen en el listado, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.
- Que se me incluya en el listado de admitidos al proceso selectivo, para ello aporte copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican el pago de tasas o el derecho a exención de éste.

En..... a .....de ..... de 2019  
Firma:

**IMPORTANTE:** Toda la documentación debe ir en castellano o en su defecto acompañada de traducción legal.

SR. GERENTE DE SALUD DE LAS AREAS DE LEON C/ Juan Lorenzo Segura 3 - 24001 León