

ANEXO III

MODELO PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LA BOLSA DE EMPLEO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN. ACTUALIZACIÓN: CORTE 30/12/2020.

APELLIDOS Y NOMBRE:	
DNI/NIE:	TELÉFONO:
DOMICILIO	PROVINCIA:
CATEGORÍA/ESPECIALIDAD:	

RESOLUCIÓN de 28 de enero de 2021, de la Dirección General de Profesionales, por la que se concede plazo para la presentación de la documentación acreditativa de méritos y requisitos en su caso, correspondientes a las nuevas inscripciones registradas y a las actualizaciones de candidatos definitivos. **ENFERMERO/A**

El abajo firmante, que figura en el **ANEXO** (indicar I ó II) de la Resolución citada de la bolsa de empleo de la categoría señalada anteriormente, **ADJUNTA, anexo a esta instancia**, la siguiente **DOCUMENTACIÓN**, al objeto de que se proceda a la comprobación del autobaremo realizado por el que suscribe en la aplicación informática habilitada al efecto:

TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
NACIONALIDAD (NO ESPAÑOLES EN CASOS REGULADOS)	Desde la hoja:	Hasta hoja:
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
Certificado acreditativo de la EXPERIENCIA MÍNIMA en puestos:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
I EXPERIENCIA PROFESIONAL:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.a) FORMACION CONTINUADA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.b) FORMACION ESPECIALIZADA Y POSTGRADUADA	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.2 DOCENCIA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.3 ACTIV. CIENTIF., DE INVESTIG., DIFUSIÓN DEL CONOCIM Y OTRAS	Desde la hoja:	Hasta hoja:
III. SUPERACIÓN EJERCICIOS FASE OPOSICIÓN:	Desde la hoja:	Hasta hoja:

SOLO para **ACTUALIZACIÓN** de los méritos del autobaremo.

Acreditativa **DE TODO** el autobaremo.

El que suscribe **DECLARA**, bajo su responsabilidad:

- Que las COPIAS SIMPLES de la documentación acreditativa de los méritos autobaremos en la aplicación informática, que se presentan por el que suscribe, son el reflejo veraz y exacto de los documentos originales que obran en mi poder.
- Que dispongo de la documentación original que así lo acredita y que se comprometo a presentarla ante esa Administración en cualquier momento en que sea requerido para ello.
- Que conozco las consecuencias que conllevaría la falsedad de la documentación presentada a que se hace referencia en el artículo 6.2 del Decreto 11/2016, de 21 de abril, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar tal y como se establece en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La documentación se entrega ordenada, siguiendo el cuadro anterior y en hojas numeradas, con la numeración visible en la esquina superior derecha de cada hoja.

Los documentos que componen el apartado I Experiencia Profesional deberán ir ordenados conforme a los distintos apartados (1,2, 3,...).

En a de de 20.....

Firma del interesado:

Fdo:.....

DESTINATARIO: GERENCIA DE SALUD DE LAS ÁREAS DE VALLADOLID. C/ Álvarez Taladriz, nº 14. 47007 VALLADOLID