

## ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº HOJA  
DESDE HASTA

### ÍNDICE DE DOCUMENTACIÓN 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, dirección o gestión de servicios sanitarios:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
5. Directivos de centros sanitarios públicos del SNS:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
6. Categoría similar A. Primaria en Admón. Pública nacional o de la U.E.:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
7. Atención Primaria de instituciones sanitarias privadas:					
1.	_____	_____			
2.	_____	_____			
3.	_____	_____			
8 Organizaciones no gubernamentales, programas de cooperación y ayuda humanitaria					
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

DENOMINACIÓN DEL CURSO	FECHA FINALIZACIÓN (NO FECHA DE EXPEDICIÓN)	CRÉDITOS	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. VÍA MIR:

SI  NO

**Nº HOJA**  
**DESDE HASTA**

--	--

2. Vía excepcional del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria:

SI  NO

--	--

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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CUM LAUDE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>


7. DIPLOMA SALUD PUBLICA:

SI  NO

--	--

**II.2. DOCENCIA**

A) HORAS IMPARTIDAS APARTADO A:

TOTAL HORAS:

--	--

B) TUTOR o COLABORADOR DOCENTE  
PARA RESIDENTES:

TOTAL CURSOS:

--	--

C) PROFESOR ASOCIADO:

TOTAL CURSOS:

--	--

# ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

## II.3. INVESTIGACION Y OTRAS ACTIVIDADES

A. Por trabajos específicos y de investigación aparecidos en publicaciones y revistas sanitarias o en libros:

**Nº HOJA  
DESDE HASTA**

TOTAL DE COMUNICACIONES

--	--

TÍTULO COMUNICACIÓN:

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

TOTAL DE POSTERS

--	--

TÍTULO POSTER:

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

### Publicaciones:

TÍTULO PUBLICACION:

NOMBRE REVISTA:

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

TÍTULO CAPÍTULO:

TÍTULO LIBRO:

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

## ANEXO V

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



DNI: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

TÍTULO LIBRO:

AUTOR/ES:

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____


### B. Proyectos de Investigación:

NOMBRE DEL PROYECTO

ORGANISMO PATROCINADOR

TIPO DE INVESTIGADOR

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____


### III. SUPERACIÓN EJERCICIO OPOSICIÓN:

OPOSICIÓN

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)