ANEXO IV

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 IV

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DNI:_____ NOMBRE:_____

II.1.a Formación Continuada

	DENOMINACIÓN DEL CURSO	FECHA FINALIZACIÓN (NO FECHA DE EXPEDICIÓN)	CRÉDITOS	Nº HOJA DESDE	Nº HOJA 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)

ANEXO IV

BOLSA LICENCIADOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DNI:_____NOMBRE:_____

II.1.b Formación Especializada y Postgraduada

Nº HOJA

DESDE HASTA

1. VÍA MIR:

SI ☐ NO ☐

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 ☐ NO ☐

CUM LAUDE SI ☐ NO ☐

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:	☐	☐

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 IV

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)