

ANEXO III- CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA MÍNIMA

D/D^a _____ como Director/a
 _____, del Centro

CERTIFICA:

Que según los antecedentes obrantes en este Centro D./D^a. _____
 _____, con DNI N° _____
 cuenta, en la categoría de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con la experiencia mínima acreditada, **tomando como fecha de referencia el 20 de marzo de 2017** (fecha de corte) en los siguientes **PUESTOS** (marcar x donde corresponda)

	Dos meses en los últimos dos años	Porcentaje de jornada a tiempo parcial	Cinco meses en los últimos cinco años	Porcentaje de jornada a tiempo parcial
<input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos y/o Rean..	<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 el supuesto de servicios prestados a tiempo parcial se hará constar el porcentaje en la columna correspondiente

Para que conste, a petición del interesado, a efectos de acreditación para la bolsa de empleo de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León de la categoría de TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, convocada por RESOLUCIÓN de 11 de enero de 2017.

Se expide el presente certificado en _____, a ____ de _____ de 20____.

Fdo.: _____