

ANEXO VI- 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 15 de febrero de 2020** (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** – Resolución de 14 de agosto de 2020 (B.O.C. y L. de 9 de septiembre de 2020).

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

Fdo.: _____