



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud

ANEXO I

SOLICITUD DE ACCESO A LA CARRERA PROFESIONAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN POR EL PROCEDIMIENTO DE HOMOLOGACIÓN PARA EL PERSONAL ESTATUTARIO FIJO.

DATOS PERSONALES:

1 ^{er} . Apellido		2 ^o Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento Día Mes Año			Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		NIF
Dirección particular		Código Postal	Ciudad		Provincia
Teléfono 1		Teléfono 2		Fax	Correo electrónico

DATOS PROFESIONALES:

Categoría /Cuerpo y/o Especialidad		Situación administrativa en SACYL: Comisión Servicio <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>	
Centro de Trabajo		Localidad	Provincia
Grado y modalidad de Carrera Profesional que pretende homologar. Grado: Modalidad:		Servicio de Salud que le hubiera reconocido el Grado: Categoría Profesional:	
Procedimiento de reconocimiento utilizado:		Ordinario <input type="checkbox"/>	Extraordinario <input type="checkbox"/>

Reuniendo los requisitos básicos establecidos:

<p>SOLICITA: El reconocimiento de Grado de Carrera Profesional por el procedimiento de HOMOLOGACIÓN de:</p> <p><input type="checkbox"/> Personal estatutario sanitario de Formación Universitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Personal estatutario sanitario de Formación Profesional</p> <p><input type="checkbox"/> Personal estatutario de gestión y servicios de Formación Universitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Personal estatutario de gestión y servicios de Formación Profesional y Otro Personal.</p> <p>En la categoría profesional de</p>



ANEXO II

Para tales efectos se aporta la siguiente documentación en original o fotocopia compulsada:

- Certificación del Servicio de Salud que le hubiera reconocido el Grado, con expresión de la categoría profesional en la que se le hubiera reconocido, así como si dicho reconocimiento se ha producido mediante procedimiento ordinario o extraordinario.

Declaro reunir los requisitos para optar al reconocimiento de Grado de Carrera Profesional por el sistema de HOMOLOGACIÓN y que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y en la documentación aportada.

En.....a..... de de 200---

Fdo.:

Sr. Gerente de la Gerencia de..... de.....

(Indicar según se trate de Atención Primaria, Atención Especializada o Emergencias Sanitarias, así como la Institución Sanitaria).

