

INSTANCIA MOVILIDAD INTERNA A TABLÓN ENFERMERÍA

DATOS PERSONALES DEL/ LA ASPIRANTE:

Apellidos y nombre _____
 DNI. _____ Servicio actual de adscripción _____ Tfno. _____
 Mail _____

PUESTOS OBJETO DE CONVOCATORIA

SERVICIO	NUMERO PUESTOS CONVOCADOS
Esterilización	1
Radioterapia	2 (Titulación operador instalaciones radioactivas del CSN)
Laboratorio Extracciones Hematología/Bioquímica	3
Salud Mental Media Estancia	1
Salud Mental Hospitalización Breve	10
Farmacia	4
Rayos X	2 (Titulación operador Rx del CSN)
Medicina Nuclear	3 (Titulación instalaciones radioactivas del CSN)
RIA	1 (Titulación instalaciones radioactivas del CSN)
Urgencias	3
Medicina Interna Hospitalizaciones	6
Hospital de Día Médico	2
Oncología Hospitalización	7
Unidad de Hospitalización Domiciliaria	2
Consultas quirúrgicas	1
Hospital de Día de Oncología	9
Consultas Digestivo	2

DECLARA: Que cumple las condiciones exigidas en la convocatoria, Enfermero/a laboral fijo o funcionario de carrera, en situación de servicio activo.

- PERSONAL LABORAL FIJO
- FUNCIONARIO DE CARRERA

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA:

VALORACIÓN TRABAJO DESARROLLADO

- núm. meses completos en la misma categoría profesional (0,20 por mes) _____
- núm. meses completos en distinta categoría profesional motivo de la convocatoria (0,10 por mes) _____
- núm. meses completos, en servicios prestados de carácter asistencial o de coordinación y dirección en programas de cooperación internacional en virtud de convenio o acuerdo organizado o autorizado por Admón. Pública (0,20 por mes) _____

VALORACIÓN GRADO DE CARRERA /DESARROLLO PROFESIONAL (máximo 8 puntos)

- G-1...2 puntos
- G-2...4 puntos
- G-3...6 puntos
- G-4...8 puntos

VALORACIÓN TIEMPO PERTENENCIA EN PROPIEDAD A LA CATEGORÍA EN LA QUE SE CONCURSA (nº. años completos) _____ x 1 puntos = _____ (máximo 20 puntos)

VALORACIÓN TIEMPO EN EL MISMO DESTINO (SERVICIO) Y CATEGORÍA DESDE LA QUE SE CONCURSA, SIN SOLICITAR MOVILIDAD (máximo 10 puntos)

- Por 5 años completos, 5 puntos = _____
- Por cada año adicional completo, 1 puntos: (nº. años completos adicionales a 5) _____ x 1= _____
- TOTAL _____

FORMACIÓN: Cursos de Formación, docencia, publicaciones y ponencias (máximo 20 puntos)

Por cursillos de formación relacionados con la categoría en que se concursa, impartidos, reconocidos u homologados por Universidad organismo competente para formación de personal sanitario.

Relacionados directamente con la categoría a la que se concursa: Máximo 20 puntos

numero de cursos

Master.....3 puntos	
Especialidad...4 puntos	
Doctorado.....5 puntos	
De 100 o más horas de duración.....2 puntos	
De 75 o más horas de duración1,50 puntos	
De 50 o más horas de duración.....1 punto	
De 25 o más horas de duración.....0,50 puntos	
De 15 o más horas de duración.....0,20 puntos	
De 10 o más horas de duración.....0,10 puntos	
Menos de 10 horas de duración.....0,05 puntos	

Resto de cursos de formación relacionados con la formación de los empleados públicos, de carácter genérico: Máximo 5 puntos

numero de cursos

De 100 o más horas de duración.....0,40 puntos	
De 75 o más horas de duración0,30 puntos	
De 50 o más horas de duración.....0,25 punto	
De 25 o más horas de duración.....0,20 puntos	
De 15 o más horas de duración.....0,15 puntos	
De 10 o más horas de duración.....0,10 puntos	
Menos de 10 horas de duración.....0,05 puntos	

Impartir cursos, por cada 10 horas, 0,10 puntos: número grupo 10 horas ____ x 0,10 = ____
(máximo 1 punto)

Profesor asociado en Ciencias de la Salud en Universidad Pública, centros u Hospital con convenio con la Universidad Pública: por cada curso académico completo, 0,50 puntos: Total cursos académicos ____ x 0,50 = ____
(máximo 2 puntos)

Por realización trabajos científicos y de investigación relacionados con Ciencias de la Salud

	NACIONAL	INTERNACIONAL
Publicaciones	_____ x 0,5 = _____	_____ x1 = _____
Capitulo Libro	_____ x 0,7 = _____	_____ x 1,4 = _____
Libro	_____ x 1 = _____	_____ x 2 = _____

VALORACIÓN CONOCIMIENTO VALENCIANO

ORAL.....2 puntos

- ELEMENTAL**....3 puntos
- MEDIO**.....4 puntos
- SUPERIOR**5 puntos

(En caso de aportar nuevos certificados expedidos por la Junta, se procederá a la aplicación de la equivalencia correspondiente a los certificados anteriores)

Castellón de la Plana, ___ de _____ de 2020

LA PERSONA SOLICITANTE

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.- CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL CASTELLON