

ANEXO II.- SOLICITUD DE ADMISIÓN AL CONCURSO DE PUESTOS VACANTES DE JEFATURA DE SERVICIO Y SECCIÓN ASISTENCIAL DEL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN

DATOS IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE:

Apellidos y nombre _____ NIF _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfonos _____ Mail _____

Domicilio: Localidad _____ Código postal: _____

Calle/Plaza _____ núm. / piso / puerta _____

DATOS DEL PUESTO AL QUE CONCORRE. -Concurso interno para la provisión en propiedad de puestos de trabajo de funcionarios del Consorci Hospitalari Provincial de Castellón

Denominación En caso de concursar a más de un puesto, haga constar por orden de preferencia los puestos incluidos en la convocatoria a los que opta.	X en el puesto al que concursa	
	X	NºORDEN
Jefatura Servicio Radiodiagnóstico		
Jefatura Servicio Salud Mental (Área Salud Mental)		
Jefatura Servicio Oncología Médica		
Jefatura Servicio Cirugía		
Jefatura Servicio Radiofísica y Protección Radiológica		
Jefatura Servicio Medicina Nuclear		
Jefatura Sección Hospitalización Medicina Interna		
Jefatura Sección Oftalmología		

DECLARA: Que reúne todos y cada uno de los **requisitos** exigidos para concursar en esta convocatoria.

SOLICITA: Se admita la presente solicitud para concursar a las plazas de Jefatura de servicio o de sección asistencial, para lo que se acompaña los documentos exigidos en las bases de la convocatoria

DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA:

- Fotocopia del título de la Especialidad a la que se opta
- Declaración responsable de la relación de los méritos alegados y fotocopia compulsada de los mismos.

Castellón, a _____ de _____ de 2018

Firma. _____

De conformidad con lo establecido en el Art.5 de la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que los datos de este formulario se incorporarán a un fichero cuyo responsable es el Consorci Hospitalari Provincial de Castellón. La finalidad de su tratamiento es: proceso selectivo. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos personales, ante el Consorci. Con su firma, Vd. otorga su consentimiento para llevar a cabo dicho tratamiento.

PRESIDENCIA DEL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN

ANEXO III.- DECLARACIÓN RESPONSABLE Y RELACIÓN DE LOS MÉRITOS QUE PRESENTA

1) AÑOS DE SERVICIO Y GRADO PERSONAL

1.1) AÑOS DE SERVICIO <i>año completo o fracción ≥6 meses</i>	número	<input type="text"/>
1.2) GRADO PERSONAL CONSOLIDADO	Inferior	<input type="text"/>
Nivel de CD personal consolidado _____	Igual	<input type="text"/>
Nivel CD puestos convocados : J Servicio 28; J Sección 27	Superior	<input type="text"/>

2) TITULACIONES ACADÉMICAS, CURSOS, Y CONOCIMIENTOS DE VALENCIANO

2.1)	TITULACIONES	ACADÉMICAS	RELEVANTES:
1º	_____		
2º	_____		
3º	_____		

2.2) CURSILLOS de capacitación, formación profesional, ocupacional y de formación Continua (acordada entre la Administración y Agentes Sociales) o técnica (Sociedades científicas avaladas por los siguientes), impartidos por la Universidad o Administración Pública, o impartidos por los Sindicatos firmantes del Acuerdo de Formación para el Empleo de las Administraciones Públicas , sobre materias relacionadas con las funciones del puesto. *Créditos tradicionales= 1x 10 horas; Créditos ECTS=1x 25 horas*

	Nº Cursos
Cursos de menos de 30 horas	<input type="text"/>
Cursos de 30 a 50 horas	<input type="text"/>
Cursos de 51 a 100 horas	<input type="text"/>
Cursos de 101 a 200 horas	<input type="text"/>
Cursos de 201 a 300 horas	<input type="text"/>
Cursos de más de 300 horas	<input type="text"/>

2.3) CONOCIMIENTOS DEL VALENCIANO. Certificado u homologación expedido por la Junta Qualificadora de Coneixements del Valencià: (marcar con una "X" el certificado que acredite)

Coneixement oral / A1	<input type="text"/>
Coneixement del grau elemental/ B1	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>
Coneixement del grau mitjà/ C1	<input type="text"/>
Coneixement del grau superior/ C2	<input type="text"/>

3) MÉRITOS ESPECÍFICOS:

3.1) Desempeño puestos similares número de meses

4) MEMORIA PROFESIONAL DE ACTIVIDAD.....presenta memoria: **(SOLO JEFATURAS SUBGRUPO A1)**

Puesto Jefatura ServicioSI/NO tachar lo que no proceda

Puesto Jefatura SecciónSI/NO tachar lo que no proceda

Castellón de la Plana, ____ de _____ de 2018

Firma. _____

PRESIDENCIA DEL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN