

INSTANCIA MOVILIDAD INTERNA A TABLÓN ENFERMERÍA

DATOS PERSONALES DEL/ DE LA ASPIRANTE:

Apellidos y nombre _____

DNI. _____ Servicio actual de adscripción _____ Tfno. _____

PUESTOS OBJETO DE CONVOCATORIA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FARMACIA | 2 |
| <input type="checkbox"/> ESTERILIZACION | 1 |
| <input type="checkbox"/> UROLOGIA – SUELO PELVICO | 1 |
| <input type="checkbox"/> SALUD MENTAL HSOPITALIZACION BREVE | 7 |
| <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA HOSPITALIZACION | 4 |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA | 3 |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA | 2 |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR | 3 (Precisa titulación de instalaciones radiactivas) |

DECLARA: Que cumple las condiciones exigidas en la convocatoria, Enfermero/a labora fijo o funcionario de carrera, en situación de servicio activo y prestación de servicios efectivos como enfermero/a:

- 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 15 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 mas 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 publicos, de carácter genérico: Máximo 5 puntos

	numero de cursos
De 100 o más horas de duración.....0,40 puntos	
De 75 o mas 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 : numero grupo 10 horas _____ x 0,10 = _____
(máximo 1 punto)

Profesor asociado en Ciencias de la Salud en Hospital con convenio con la Universidad: por cada curso academico completo, 0,50 puntos: Total cursos academicos _____ x 0,50 = _____
(máximo 2 puntos)

Por realización trabajos científicos y de investigación (máximo 4 puntos)

	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 2017

LA PERSONA SOLICITANTE

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.- CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL CASTELLON