

**INSTANCIA Y AUTOBAREMACIÓN MOVILIDAD INTERNA MEJORA VOLUNTARIA TEMPORAL PARA
LA MEJORA Y PROMOCIÓN PROFESIONAL PERSONAL LABORAL FIJO
ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL**

DATOS PERSONALES DEL/ DE LA ASPIRANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE			
N.I.F./ N.I.E.:			FECHA NACIMIENTO:
SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN:			
Teléfonos de contacto:			
E-mail			

DECLARA RESPONSABLEMENTE que cumple las condiciones exigidas en las bases de la convocatoria publicadas en la web del CHPCS y que son ciertos todos los datos aportados de carácter personal y profesional que constan en la presente solicitud; asimismo que he leído y comprendido lo expresado en el anverso sobre datos de carácter personal, Ley de Protección de Datos.

- PERSONAL LABORAL FIJO
- SITUACIÓN ACTIVO
 - SITUACIÓN ASIMILADA (especificar) _____
- CATEGORÍA Y GRUPO PROFESIONAL DE LA PLAZA EN PROPIEDAD DESDE LA QUE SE ACCEDE A LA MOVILIDAD _____

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA: REQUISITO TITULACIÓN Y MÉRITOS. AUTOBAREMACIÓN

- TITULACIÓN REQUERIDA EN LA CONVOCATORIA _____
- DOCUMENTACIÓN DE MÉRITOS

A.- TIEMPO TRABAJADO

VALORACIÓN EXPERIENCIA: máximo 6 puntos.

- núm. meses completos en la categoría/grupo profesional ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL en Administración Pública (0,15 por mes) _____ x 0,15 puntos = _____ **Máximo 6 puntos.**
Servicios prestados desde enero 1998 en Hospital Provincial: _____ (Se aportarán de oficio por RRHH, debiendo el aspirante especificar los meses como ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL en este Hospital)
- núm. meses completos en la categoría/grupo profesional 02, ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL en empresa privada (0,05 por mes) _____ x 0,05 puntos = _____ **Máximo 1 punto.**

TOTAL PUNTOS A: _____

B.- VALORACIÓN CONOCIMIENTO VALENCIANO expedidos u homologados por la Junta Qualificadora del Valencia o equivalente, con arreglo a la siguiente escala, la valoración de un nivel superior excluye la de los niveles inferiores: **máximo 1,5 puntos.**

- ORAL (A1 y A2)**.....0,25 puntos
- ELEMENTAL (B1 y B2)**.....0,50 puntos
- MEDIO (C1)**.....1,00 puntos
- SUPERIOR (C2)**.....1,50 puntos

TOTAL PUNTOS B: _____

TOTAL PUNTOS A + B : _____

Castellón de la Plana, ___ de _____ de 2022

FDO.: LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos de carácter personal contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable el mismo, en el uso de las funciones propias que tienen atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Persona.

Los datos de carácter personal contenidos en toda aquella documentación vinculada al referido procedimiento, pueden ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano, como titular responsable del mencionado fichero, en uso de las funciones propias que tienen atribuidas y en el ámbito de sus competencias, de acuerdo con lo previsto tanto en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/ce, como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Respecto de lo anterior se informa a la persona interesada de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Castellón de la Plana, a ____ de _____ de 2022

LA PERSONA SOLICITANTE

DIRECCIÓN ENFERMERÍA.- CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL CASTELLÓN