

## ANEXO II - Solicitud promoción interna temporal

### 1.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
CENTRO DE TRABAJO:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO: (preferentemente corporativo)			

### 2.- CATEGORÍA A LA QUE OPTA (de las convocadas)

--

### 3.- NIVELES A LOS QUE OPTA

<input type="checkbox"/> ATENCIÓN PRIMARIA	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN ESPECIALIZADA	<input type="checkbox"/> ÁMBITO GERENCIA
--------------------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------

### 4.- CENTROS

<input type="checkbox"/> TODOS LOS CENTROS	<input type="checkbox"/> GERENCIA DEL ÁREA
<input type="checkbox"/> COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ	<input type="checkbox"/> ÁREA ATENCIÓN PRIMARIA (1)
<input type="checkbox"/> EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	ZBS GÉVORA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-CERRO GORDO	ZBS JEREZ DE LOS CABALLEROS (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN	ZBS LA ROCA DE LA SIERRA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-EL PROGRESO	ZBS MONTIJO (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-LA PAZ	ZBS OLIVA DE LA FRONTERA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-SAN FERNANDO	ZBS OLIVENZA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-SAN ROQUE	ZBS PUEBLONUEVO DEL GUADIANA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-SUERTE DE SAAVEDRA-LA PILARA	ZBS SANTA MARTA DE LOS BARROS (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-VALDEPASILLAS	ZBS SAN VICENTE DE ALCÁNTARA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
<input type="checkbox"/> EAP BADAJOZ-ZONA CENTRO	ZBS TALAVERA LA REAL (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
ZBS ALBURQUERQUE (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC	ZBS VILLANUEVA DEL FRESNO (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
ZBS ALCONCHEL (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC	ZBS VALVERDE DE LEGANÉS (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC
ZBS BARCARROTA (2) <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> CUAP BADAJOZ

(1) Para Farmacéutico de Área, Técnico de Salud, Psicólogo Clínico de AP, Odontostomatólogo, Fisioterapeuta de Área, Médico y Enfermero de Urgencias de AP, Higienista Dental y demás categorías de Área de AP.

(2) Para las categorías de Médico de Familia de EAP y Enfermero/a, en aquellas Zonas de Salud en las que existan Puntos de Atención Continuada, se podrá seleccionar la primera casilla (EAP) para realizar funciones de Médico de Familia de EAP o Enfermero/a, y/o la segunda casilla (PAC) para realizar funciones de Atención Continuada en dichas categorías.

### 5.- ÁREA PREVENTIVA (3)

<input type="checkbox"/> BADAJOZ (Badajoz-Llerena) (3) Para Facultativo/a Especialista del Trabajo y Enfermero/a Especialista del Trabajo
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El abajo firmante solicita ser admitido/a en la convocatoria a que se refiere la presente instancia y declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos consignados en ella y que reúne los requisitos exigidos en la citada convocatoria.

Fecha:

Firma:

ANEXO III  
DECLARACIÓN JURADA

D/Dª

con domicilio en

y Documento Nacional de Identidad, Pasaporte o documento que acredite su nacionalidad, n.º \_\_\_\_\_,

declaro bajo juramento o prometo, a efectos de ser nombrado/a para el desempeño de funciones correspondientes en la categoría de

Que no tengo la condición de personal estatutario fijo en la misma categoría y en su caso especialidad, a la que pretendo promocionar, en cualquier Servicio de Salud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: