

ANEXO II - Solicitud promoción interna temporal

<input type="checkbox"/> PRIMERA SOLICITUD (para incluir por primera vez en lista de P.I.T.)	<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DATOS Marcar lo que proceda: <input type="checkbox"/> Tiempo trabajado <input type="checkbox"/> Cursos <input type="checkbox"/> Centros
---	---

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.- CENTROS

TODOS LOS CENTROS DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ - <input type="checkbox"/> 1	GERENCIA DEL ÁREA - <input type="checkbox"/> 2
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ - <input type="checkbox"/> 3	ÁREA ATENCIÓN PRIMARIA (1) - <input type="checkbox"/> 4
EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> 5 (todos los centros)	ZBS GÉVORA (2) <input type="checkbox"/> 18-EAP <input type="checkbox"/> 18P-PAC
ZBS BADAJOZ-CERRO GORDO <input type="checkbox"/> 6	ZBS JEREZ DE LOS CABALLEROS (2) <input type="checkbox"/> 19-EAP <input type="checkbox"/> 19P-PAC
ZBS BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN <input type="checkbox"/> 7	ZBS LA ROCA DE LA SIERRA (2) <input type="checkbox"/> 20-EAP <input type="checkbox"/> 20P-PAC
ZBS BADAJOZ-EL PROGRESO <input type="checkbox"/> 8	ZBS MONTIJO (2) <input type="checkbox"/> 21-EAP <input type="checkbox"/> 21P-PAC
ZBS BADAJOZ-LA PAZ <input type="checkbox"/> 9	ZBS OLIVA DE LA FRONTERA (2) <input type="checkbox"/> 22-EAP <input type="checkbox"/> 22P-PAC
ZBS BADAJOZ-SAN FERNANDO <input type="checkbox"/> 10	ZBS OLIVENZA (2) <input type="checkbox"/> 23-EAP <input type="checkbox"/> 23P-PAC
ZBS BADAJOZ-SAN ROQUE <input type="checkbox"/> 11	ZBS PUEBLONUEVO GUADIANA (2) <input type="checkbox"/> 24-EAP <input type="checkbox"/> 24P-PAC
ZBS BADAJOZ-S. SAAVEDRA-LA PILARA <input type="checkbox"/> 12	ZBS STA. MARTA DE LOS BARROS (2) <input type="checkbox"/> 25-EAP <input type="checkbox"/> 25P-PAC
ZBS BADAJOZ-VALDEPASILLAS <input type="checkbox"/> 13	ZBS SAN VICENTE DE ALCÁNTARA (2) <input type="checkbox"/> 26-EAP <input type="checkbox"/> 26P-PAC
ZBS BADAJOZ-ZONA CENTRO <input type="checkbox"/> 14	ZBS TALAVERA LA REAL (2) <input type="checkbox"/> 27-EAP <input type="checkbox"/> 27P-PAC
ZBS ALBURQUERQUE (2) <input type="checkbox"/> 15-EAP <input type="checkbox"/> 15P-PAC	ZBS VILLANUEVA DEL FRESNO (2) <input type="checkbox"/> 28-EAP <input type="checkbox"/> 28P-PAC
ZBS ALCONCHEL (2) <input type="checkbox"/> 16-EAP <input type="checkbox"/> 16P-PAC	ZBS VALVERDE DE LEGANÉS (2) <input type="checkbox"/> 29-EAP <input type="checkbox"/> 29P-PAC
ZBS BARCARROTA (2) <input type="checkbox"/> 17-EAP <input type="checkbox"/> 17P-PAC	CUAP BADAJOZ <input type="checkbox"/> 30
<p>(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.</p>	

4.- 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:

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ - DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
Avda. de Huelva, 8 - 06005 BADAJOZ

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: