

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 <input type="checkbox"/> Tiempo trabajado <input type="checkbox"/> Cursos <input type="checkbox"/> Centros	Marcar lo que proceda:	<input type="checkbox"/> REINCORPORACIÓN POR EXCLUSIÓN
---	--	------------------------	--

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 - 1 GERENCIA DEL ÁREA - 2
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ - 3 ÁREA ATENCIÓN PRIMARIA (1) - 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	

(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.

4.- ÁREA PREVENTIVA (3)

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: