Puede rellenar el formulario e imprimirlo después pulsando el botón Imprimir situado al final del documento

SJ1B
Anexo I

SOLICITUD DE PARTICIPACION Y RECONOCIMIENTO POR EL PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO DE LOS GRADOS I, II y III DENTRO DEL SISTEMA DE CARRERA PROFESIONAL DE LICENCIADOS Y DIPLOMADOS SANITARIOS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

1.- DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO**	**NOMBRE**
DOMICILIO: Calle o plaza y número		**D.N.I.**
MUNICIPIO	**PROVINCIA**	**CÓDIGO POSTAL**
FECHA DE NACIMIENTO	**TELEFONO FIJO**	**TELEFONO MOVIL**

2.- DATOS PROFESIONALES

CATEGORIA	**ESPECIALIDAD**
PUESTO DE TRABAJO	**TITULACIÓN ACADÉMICA**
CENTRO DE TRABAJO O LOCALIDAD	**PROVINCIA**

PERCIBE SUS RETRIBUCIONES BÁSICAS POR EL ART. 42 DE LA LEY 55/2003, de 16 de diciembre y
PERCIBE SUS RETRIBUCIONES COMPLEMENTARIAS POR EL REAL DECRETO LEY 3/1987 **SI** ☐ **NO** ☐

SOLICITA EL RECONOCIMIENTO DEL GRADO I ☐
II ☐
III ☐

ANTIGÜEDAD RECONOCIDA EN CATEGORIAS Y/O ESPECIALIDADES DE LA MISMA PROFESIÓN SANITARIA (según art. 2, 6 y 7 de la LEY 44/2003):

- **Categoría y/o especialidad:** _____ **Como fijo:** _____ **años** **Como temporal:** _____ **años**
- **Categoría y/o especialidad:** _____ **Como fijo:** _____ **años** **Como temporal:** _____ **años**

ANTIGÜEDAD RECONOCIDA EN CATEGORIAS Y/O ESPECIALIDADES DE DISTINTA PROFESIÓN SANITARIA SEGÚN ART. 2.6, Y 7 DE LA LEY 44/2003:

- **Categoría y/o especialidad:** _____ **Como fijo:** _____ **años** **Como temporal:** _____ **años**
- **Categoría y/o especialidad:** _____ **Como fijo:** _____ **años** **Como temporal:** _____ **años**

PERIODO DE RESIDENCIA PARA LA OBTENIÓN DE CATEGORÍA Y/O ESPECIALIDAD:

- **En misma profesión sanitaria (según art. 2, 6 y 7 LEY 44/2003) :** _____ **años**
- **En distinta profesión sanitaria (según art. 2, 6 y 7 LEY 44/2003) :** _____ **años**

SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA:

Servicio Activo ☐ **Servicios Especiales** ☐ **Otra Situación** _____

3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD

☐ **SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA EN ANTERIORES CONVOCATORIAS**

☐ **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS (ANEXO II)**

☐ **CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS EN SERVICIOS DE SALUD DISTINTOS DEL SESCAM**

☐ **OTRA DOCUMENTACIÓN:** _____

El abajo firmante solicita su participación y reconocimiento de Grado del sistema de carrera profesional, manifestando bajo su responsabilidad que reúne los requisitos exigidos y que son ciertos los datos y circunstancias que se hacen constar en la presente solicitud.

En ……, a …… de …….. de 200……
(firma)

EXCMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

(Los datos recogidos se incluirán en ficheros del SESCAM y serán objeto de tratamiento a los efectos previstos en la Orden que convoca el procedimiento extraordinario para el acceso a la carrera profesional. La Dirección Gerencia del SESCAM, garantiza el carácter confidencial de los datos objeto de tratamiento de conformidad con la L.O. 15/1999 de 13 de diciembre y normativa de desarrollo).

Imprimir