

ANEXO III

MODELO PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LA BOLSA DE EMPLEO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEON (ACTUALIZACION CORTE 15/10/2024).

APELLIDOS Y NOMBRE:	
DNI/NIE:	TELÉFONO:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:

RESOLUCIÓN de 04 de febrero de 2025, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se concede plazo para la presentación de la documentación acreditativa de requisitos y méritos de la bolsa de empleo de personal estatutario temporal de la categoría de **ENFERMERO/A**

El abajo firmante, que figura en el **ANEXO** (indicar I o II) de la Resolución citada de la bolsa de empleo de la categoría marcada anteriormente, **ADJUNTA, anexo a esta instancia**, la siguiente **DOCUMENTACIÓN**, al objeto de que se proceda a la comprobación del autobaremo realizado por el que suscribe en la aplicación informática habilitada al efecto:

TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
NACIONALIDAD (no españoles en casos regulados):	Desde la hoja:	Hasta hoja:
TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
Certificado acreditativo EXPERIENCIA MINIMA en puestos:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
I. EXPERIENCIA PROFESIONAL:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.a) FORMACION CONTINUADA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.1.b) FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y POSTGRADUADA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.2. DOCENCIA:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
II.3. ACTIV. CIENTIF. INVEST. DIFUS. CONOCIM. Y OTRAS:	Desde la hoja:	Hasta hoja:
III. SUPERACIÓN DE EJERCICIOS DE LA FASE DE OPOSICIÓN:	Desde la hoja:	Hasta hoja:

LA DOCUMENTACIÓN que se presenta es: (marque con una x lo que corresponda)

SOLO para **ACTUALIZACIÓN** de los méritos del autobaremo.

Acreditativa **DE TODO** el autobaremo.

El que suscribe **DECLARA**, bajo su responsabilidad:

- Que la documentación acreditativa de los requisitos y méritos autobaremos en la aplicación informática, que se presenta por el que suscribe, son el reflejo veraz y exacto de los documentos originales que obran en mi poder.
- Que dispongo de la documentación original que así lo acredita y que se comprometo a presentarla ante esa Administración en cualquier momento en que sea requerido para ello.
- Que conozco las consecuencias que conllevaría la falsedad de la documentación presentada a que se hace referencia en el artículo 6.2 del Decreto 11/2016, de 21 de abril, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar tal y como se establece en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La documentación se entrega ordenada, siguiendo el cuadro anterior y en hojas numeradas, con la numeración visible en la esquina superior derecha de cada hoja. Los documentos que componen el apartado I Experiencia Profesional deberán ir ordenados conforme a los distintos apartados (1, 2, 3...).

En, a de de 2025

Firma del interesado:

Fdo.:

DESTINATARIO: GERENCIA DE SALUD DE LAS ÁREAS DE VALLADOLID (código DIR A07009163), Calle Álvarez Taladriz nº 14, 47007 – VALLADOLID.