

SOLICITUD NUEVO CANDIDATO DE BOLSA DE TRABAJO TEMPORAL

(Rellenar una solicitud por cada categoría y presentar por duplicado)

CATEGORÍA:
 FECHA APERTURA NUEVA BOLS : **Del 19 de enero al 5 de febrero de 2009**

DATOS PERSONALES			
N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD	DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. P.	TELEFONOS CONTACTO 1- 2- 3-

DOCUMENTACIÓN MÍNIMA QUE DEBE PRESENTARSE
<p><i>Marque con una X:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Baremo Auto evaluación cumplimentado.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del DNI o pasaporte vigentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Currículum vital.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la Titulación académica mínima requerida.</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de los requisitos y méritos acreditados en el Baremo y realizados hasta el plazo de apertura de la nueva Bolsa de trabajo (03//12/07).</p> <p><input type="checkbox"/> Nº de páginas presentadas (incluida solicitud y autobaremo)</p>
<p><input type="checkbox"/> MINUSVALIA⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> PRECISA ADAPTACIÓN (indicar cual)</p> <p>⁽¹⁾Debe acreditarse una discapacidad de grado igual o superior al 33% y aportarse junto a la solicitud.</p>

CUMPLIMENTAR SÓLO CATEGORÍAS SANITARIAS PUESTOS ESPECÍFICOS
<p><i>Experiencia de trabajo al puesto solicitado con un mínimo de 2 meses. Marque con una X el/los puesto/s que solicite (Ver Convocatoria/Instrucciones):</i></p> <p style="text-align: center;"><u>CATEGORÍA ENFERMERA (ATS-DUE)</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> UCI - REA <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Neonatos <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Esterilización <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> Gabinetes <input type="checkbox"/> Hospital de Día <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Banco de Sangre-Hematología <input type="checkbox"/> Hospitalización Domiciliaria <input type="checkbox"/> Oncología adultos. <input type="checkbox"/> Hospitalización pediatría <input type="checkbox"/> Urgencias pediatría </p> <p style="text-align: center;"><u>CATEGORÍA AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> UCI - REA <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Neonatos <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Esterilización <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> Gabinetes <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Banco de Sangre-Hematología </p>

CUMPLIMENTAR SÓLO CATEGORÍA PAS (CELADOR)
<p><i>Marque con una X la/s opción/es que solicite (Ver Convocatoria/Instrucciones):</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SERVICIOS SANITARIOS <input type="checkbox"/> SERVICIOS NO SANITARIOS </p>

Nota Importante: Tan solo se valorarán los méritos que se adjuntan en el plazo de presentación de solicitudes.

Palma de Mallorca, ____ de ____ de 2009

Firma: _____

SR. DIRECTOR GERENTE DE LA FH SON LLÀTZER