

## SOLICITUD DE PERMANENCIA EN LA BOLSA DE TRABAJO TEMPORAL

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

CATEGORÍA: .....

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

DATOS PERSONALES			
N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. P.	DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
TELÉFONOS DE CONTACTO:			
<b>Deseo permanecer en bolsa de trabajo temporal sin aportar méritos</b>			
<b>Deseo permanecer en bolsa de trabajo temporal aportando méritos</b>			

MERITOS APORTADOS
<p><i>Marque con una X:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de cursos y titulaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Publicaciones y docencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Acreditación idiomas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tutorización de prácticas de alumnos.</p> <p><input type="checkbox"/> Experiencia profesional.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nº de páginas presentadas (incluida solicitud y autobaremo)</b></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;"><b><u>CATEGORÍA ENFERMERA (ATS-DUE)</u></b></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;"><b><u>CATEGORÍA AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)</u></b></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"/> <b>SERVICIOS SANITARIOS</b>      <input type="checkbox"/> <b>SERVICIOS NO SANITARIOS</b> </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**