

ANEXO III

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA PARA LA CONSTITUCIÓN DE UNA LISTA DE EMPLEO SUPLETORIA, DE LA LISTA DE EMPLEO AUTONÓMICA PARA NOMBRAMIENTOS COMO PERSONAL ESTATUTARIO TEMPORAL DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL COCINERO/A, APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN 7 DE SEPTIEMBRE DE 2018, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD (BOC nº 181, de 18.9.18), EN EL ÁMBITO DE ESTA GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS.

I. DATOS PERSONALES

DNI / NIE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		
FECHA NACIMIENTO	DOMICILIO: Avda, Calle, Plaza, etc		Nº	PISO	LETRA
CÓDIGO POSTAL	DOMICILIO: Municipio	DOMICILIO: Provincia			
PAÍS NACIMIENTO	Requisitos exigidos a los NO nacionales				
NACIONALIDAD	<input type="checkbox"/> Nacional de Estado miembro de la UE. <input type="checkbox"/> Cónyuge de español/a o nacional de la UE no separado/a de derecho. <input type="checkbox"/> Descendiente de español/a o nacional de la UE menor de 21 años o mayor dependiente. <input type="checkbox"/> Aplicación de Tratado Internacional, ratificado por España de libre circulación de trabajadores.				
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO			

II. CONVOCATORIA

CATEGORÍA /ESPECIALIDAD	FECHA PUBLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA EN EL BOC
-------------------------	--

III. TÍTULOS ACADÉMICOS OFICIALES EXIGIDOS EN LA CONVOCATORIA.

TITULACIÓN EXIGIDA EN LA CONVOCATORIA (La titulación consignada debe tener reconocimiento y validez oficial en España)	Fecha obtención/reconocimiento
--	--------------------------------

IV. DATOS SOBRE DISCAPACIDAD.

GRADO DE DISCAPACIDAD (%)

SOLICITA:

Ser admitido/a a las pruebas selectivas referidas en la presente instancia y DECLARA que son ciertos los datos consignados en ella, y que reúne las condiciones exigidas con carácter general para ser nombrado personal estatutario temporal y las especialmente señaladas en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos que figuran en la solicitud.

En.....a.....de.....de 2020

Firma



ANEXO IV HOJA DE AUTOBAREMACIÓN

COCINERO/A

PUNTUACIÓN MÁXIMA FASE CONCURSO: 40 PUNTOS

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

		VALOR	MESES	TOTAL	FORMA DE CONTABILIZAR
I. EXPERIENCIA PROFESIONAL (Máximo 25 puntos)	I.A Servicios prestados desempeñando funciones propias de la cª a la que concurre en Instituciones Sanitarias Públicas del SNS/U.E.	0,20			PERIODOS AGRUPADOS Y CUANTIFICADOS EN MESES Y/ O PARTE PROPORCIONAL
	I.B Servicios prestados desempeñando funciones propias de la categoría a la que concurre en centros no sanitarios del SNS u otras Administraciones o Entidades del sector sanitario pb.	0,17			
	I.C Servicios prestados desempeñando funciones propias de la categoría a la que concurre en Centros Sanitarios de otras Administraciones Pb.	0,15			
	I.D Servicios prestados desempeñando funciones propias de la cª a la que se concurre en Instituciones Sanitarias privadas concertadas/acreditadas para la docencia	0,10			
	I.E Servicios prestados en cª distinta a la que concurre como personal sanitario, en Instituciones Sanitarias Pb SNS/UE.	0,05			
	I.F Servicios prestados en cª distinta a la que concurre como personal de gestión y de servicios con tareas de contenido funcional no asimilable, en Instituciones Sanitarias Pb SNS/UE.	0,035			
(APARTADO I) – SUMA					
		VALOR	número	TOTAL	FORMA DE CONTABILIZAR
II. FORMACIÓN PROFESIONAL (Máximo 7,5 puntos)	II.1 Estudios de formación profesional	3,75			
(Apartado II) – SUMA					

		VALOR	unidades	parcial	FORMA DE CONTABILIZAR	
III. OTROS MÉRITOS (Máximo 7,5 puntos)	III.1.- ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO O AYUDA...	0,045			MESES	
	SUMA parcial (COOPERACIÓN)					
	III.2.- FORMACIÓN CONTINUADA (Diplomas y Certificados)	III.2. Con reconocimiento de oficialidad de Organismos ó instituciones públicas.	III.2.1 a) Hora lectiva como docente	0,016		Nº HORAS (si sólo se acreditan en créditos: 1 créditos = 10 horas)
			III.2.2 b) Hora lectiva como discente	0,008		Nº HORAS (si sólo se acreditan en créditos: 1 créditos = 10 horas)
(APARTADO III) – SUMA						
(APARTADOS I+II+III) – SUMA						

ANEXO V**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO DEL REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES**

PRIMER APELLIDO (como aparece en el DNI o NIE)	SEGUNDO APELLIDO (como aparece en el DNI o NIE)	Nombre (como aparece en el DNI o NIE)
DNI o NIE	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	PAÍS DE NACIONALIDAD
PAÍS DE NACIMIENTO	PROVINCIA DE NACIMIENTO	LOCALIDAD DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE (como aparece en el DNI o NIE)		NOMBRE DE LA MADRE (como aparece en el DNI o NIE)
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA

***Debe cumplimentar todos los campos y firmar la autorización**

AUTORIZA al Servicio Canario de la Salud para la consulta de sus datos en el Registro Central de delincuentes sexuales, a los efectos previstos en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En.....a.....de.....de 2020

Firma

A/A GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA GOMERA

ANEXO VI**DECLARACIÓN JURADA**

D./Dña.con DNI/NIE nº....., domicilio en
.....Localidad/Municipio.....Provincia.....

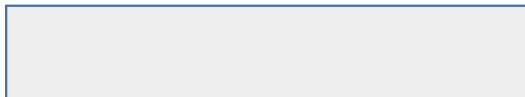
DECLARA

1. No ostentar la condición de personal estatutario fijo en la categoría y especialidad convocada, en el Sistema Nacional de Salud.
2. No haber sido separado del cualquier Servicio de Salud o Administración Pública en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas, ni en su caso, para la correspondiente a su profesión.

En el caso de nacionales de otros Estados, no encontrarse inhabilitado, por sanción o pena, para el ejercicio profesional o para el acceso a funciones de servicios públicos en su Estado, ni haber sido separado por sanción disciplinaria o equivalente, de alguna de sus Administraciones o Servicios públicos.

3. Que todas las copias aportadas junto con la solicitud de participación en el proceso selectivo para el nombramiento de personal estatutario temporal de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera, son fiel reflejo de los originales que obran en mi poder y están a disposición de la Administración para cualquier comprobación de los mismos.

En.....a.....de.....de 2020

Firma**A/A GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA GOMERA**