

ANEXO II-Bis

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCESO DE MOVILIDAD

ÁREA ESPECÍFICA

(Se entregará una solicitud por cada Área Específica)

NOMBRE Y APELLIDOS _____ **NIF** _____

CATEGORÍA LABORAL ____ ENFERMERA/O _____ **TELÉFONO** _____

VINCULACIÓN: FIJO PIT COMISIÓN SERVICIO REINGRESO PROVISIONAL INTERINO V/SUSTITUTO

SOLICITA PARTICIPAR CATEGORÍA ENFERMERA/O ÁREAS ESPECÍFICAS

ÁREA DE PARTICIPACIÓN:

UCI/URP/URG DIÁLISIS MEDICINA NUCLEAR UCI PED/URG PED/NEONAT/PEDIATRIA
 QUIRÓFANOS, HEMODINÁMICA, PERFUSIONISTA, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

APORTA EXPERIENCIA SAS EN ÁREA ESPECÍFICA (SI/NO):

APORTA TÍTULO ESPECIALIDAD EIR (SI/NO):

APORTA MÁSTER/EXPERTO RELACIONADO CON LA ESPECIALIDAD (SI/NO):

Fdo.: D/D^a. _____

DNI.: _____



ANEXO II-Bis
MOVILIDAD INTERNA

AREA ESPECÍFICA EN LA QUE PARTICIPA (Sólo Enfermera/o) _____

Nota: habrá de presenta una solicitud por cada área específica en la que pretenda participar, añadiendo los méritos específicos que deseen le sean considerados en cada área específica.

Nº puesto

solicitado

Opción Primera, _____

Opción segunda, _____

Opción tercera, _____

Opción cuarta, _____

Opción quinta, _____

Para optar a más puestos añadir a continuación, priorizados (Opción sexta y siguientes) e indicando el nº de puesto según oferta.

Cádiz ____ de _____ de 20____

Fdo.: D/D^a. _____

DNI.: _____

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO U. PUERTA DEL MAR-SAN CARLOS