

SOLICITUD DE CERTIFICADO PARA ACREDITAR LOS MERITOS DE CARRERA PROFESIONAL EN EL PROCEDIMIENTO ORDINARIO PARA PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO DE F.P. Y PARA PERSONAL ESTATUTARIO DE GESTION Y SERVICIOS. (R.24/02/2010-DOCM 05/03/2010)

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE _____
PRIMER APELLIDO _____
SEGUNDO APELLIDO _____
DNI _____
CATEGORIA _____
GRADO PARA EL QUE SE SOLICITA _____

CERTIFICADO QUE SOLICITA: (Marcar con una x y detallar en el espacio los periodos en los que se realizó la actividad cuya certificación se pretende por parte del Complejo Hospitalario de Toledo)

BLOQUE I. ACTIVIDAD ASISTENCIAL/PROFESIONAL Y COMPETENCIA.

No se necesita certificación. Los cuestionarios de evaluación se recabarán directamente por los Comités de Evaluación.

BLOQUE II. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (EN SU CASO)

II. A. FORMACIÓN CONTINUADA

Se acreditará por los organismos competentes.

II. B. DOCENCIA

Se acreditará por los organismos competentes.

II. C. INVESTIGACIÓN.

Se acreditará por los organismos competentes

BLOQUE III. IMPLICACIÓN Y COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN

<input type="checkbox"/> 1.-Responsabilidad organizativa reconocida con plena dedicación o dedicación compartida con actividad profesional. _____ _____
<input type="checkbox"/> 2.-Participación en comités o comisiones de interés para la organización _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 3.-Miembros de comités de evaluación de Carrera Profesional

