

SOLICITUD DE ACTUALIZACION MERITOS a la Bolsa de Trabajo VIGENTE
cuyo plazo de apertura fue del 19 enero al 5 de febrero de 2009.
(Rellenar una solicitud por cada categoría y presentar por duplicado)

CATEGORÍA:

FECHA APERTURA ACTUALIZACION MERITOS: **Del 19 de abril hasta el 07 mayo 2010**

MARCAR SOLO SI PRESTA SERVICIOS EN LA F. HOSPITAL SON LLATZER
a la fecha de publicación de la convocatoria de apertura de actualización de méritos.

DATOS PERSONALES			
N.I.F.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. P.	DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
TELÉFONOS DE CONTACTO: 1º.		2º.	

NUEVOS MERITOS APORTADOS	
1.	
2.	
3.	
4.	
6.	
7.	
<input type="checkbox"/>	Nº de páginas presentadas (incluida solicitud)

CUMPLIMENTAR SÓLO CATEGORÍAS SANITARIAS PUESTOS ESPECÍFICOS	
<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>	
<u>CATEGORÍA ENFERMERA (ATS-DUE)</u>	
<input type="checkbox"/> Quirófano	<input type="checkbox"/> UCI - REA
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Esterilización
<input type="checkbox"/> Hospital de Día	<input type="checkbox"/> Psiquiatría
<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	<input type="checkbox"/> Urgencias pediatría
<u>CATEGORÍA AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE)</u>	
<input type="checkbox"/> Quirófano	<input type="checkbox"/> UCI - REA
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Esterilización
<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Banco de Sangre-Hematología
CUMPLIMENTAR SÓLO CATEGORÍA PAS (CELADOR)	
<i>Marque con una X la/s opción/es que solicite (Ver Convocatoria/Instrucciones):</i>	
<input type="checkbox"/> SERVICIOS SANITARIOS	<input type="checkbox"/> SERVICIOS NO SANITARIOS

Palma de Mallorca, ____ de ____ de 2010

Firma: _____

SR. DIRECTOR GERENTE DE LA FH SON LLÀTZER