

SOLICITUD DE CARRERA PROFESIONAL

Registro

DATOS PERSONALES

1º apellido		2º apellido		Nombre	
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Sexo V ☐ M ☐		NIF
Dirección particular			Código Postal	Ciudad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax		Correo electrónico	

DATOS PROFESIONALES DE LA ACTIVIDAD PÚBLICA

Categoría/Cuerpo y/o Especialidad					
Régimen Jurídico y vinculación ☐ Estatutario fijo ☐ Estatutario temporal ☐ Funcionario fijo ☐ Funcionario interino ☐ Laboral fijo ☐ Laboral temporal					
Denominación de la plaza / puesto de trabajo				Años de ejercicio Días Meses Años	
Dirección del Centro de trabajo			Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax		Correo electrónico	
PERFIL ESPECÍFICO (Por otras circunstancias laborales)*				SÍ ☐ NO ☐	
* En caso afirmativo solicitar entrevista					

DATOS PROFESIONALES DE LA ACTIVIDAD PRIVADA

Denominación del puesto de trabajo					
Plaza / Puesto de trabajo				Años de ejercicio Días Meses Años	
Dirección del Centro de trabajo			Código Postal	Ciudad	Provincia
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax		Correo electrónico	

NIVEL DE CARRERA PROFESIONAL SOLICITADO (Marcar el nivel según los años mínimos de ejercicio profesional)

	Nivel I. Experto	Nivel II. Consultor	Nivel III. Referente	Nivel IV. Excelente
Licenciados Sanitarios	5 años ☒	13 años ☐	21 años ☐	28 años ☐
Licenciados Sanitarios Especialistas	5 años ☐	12 años ☐	20 años ☐	25 años ☐
Diplomados Sanitarios	5 años ☐	14 años ☐	22 años ☐	28 años ☐
Diplomados Sanitarios Especialistas	5 años ☐	13 años ☐	21 años ☐	28 años ☐

NOTA: No se precisa presentar documentación alguna de acreditación en tanto ésta no sea específicamente solicitada, salvo la relativa a la acreditación de los años de ejercicio profesional.

ILUSTRÍSIMO SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD