

LISTAS ABIERTAS PERMANENTES

D./D^a mayor de edad, con D.N.I./N.I.F. número (o carta de identidad equivalente)..... y nacido el día natural de nacionalidad..... con domicilio actual en Población..... Provincia..... Código Postal..... Teléfono fijo..... Teléfono móvil..... Dirección de correo electrónico.....

Expone:

Que solicita su inclusión en las listas de contratación temporal, por el sistema de **listas abiertas permanentes**, de los puestos de trabajo de del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, al amparo de lo que dispone el Acuerdo de 9 de junio de 2009 sobre selección de personal para vinculaciones temporales (Orden Foral 172/2009, de 24 de diciembre, publicada en el BON nº 7 de 15 de enero de 2010) en las siguientes listas y centros:

A) LARGA DURACIÓN

Deberá marcar aquellos centros en los que desea ser incluido, se puede optar a **todos** ellos.

<input type="checkbox"/> Hospital de Navarra	<input type="checkbox"/> Área de Salud de Estella	<input type="checkbox"/> Dirección Atención Primaria excepto EAP Navarra Norte
<input type="checkbox"/> Hospital Virgen del Camino (incl. C.A.M.)	<input type="checkbox"/> Dirección Gerencia del SNS-O	<input type="checkbox"/> EAP Navarra Norte-Vascóf.
<input type="checkbox"/> Clínica Ubarmin	<input type="checkbox"/> Dirección de Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria	
<input type="checkbox"/> Área de Salud de Tudela	<input type="checkbox"/> Instituto de Salud Pública	

B) CORTA DURACIÓN

Deberá seleccionar, sin tener obligación de optar en todos los apartados, **un único** centro de entre los que figuran en cada uno de los apartados A, B y C.

<u>Apartado A</u>	<u>Apartado B</u>	<u>Apartado C</u>
<input type="checkbox"/> Hospital de Navarra	<input type="checkbox"/> Clínica Ubarmin	<input type="checkbox"/> Área de Salud de Tudela
<input type="checkbox"/> Hospital Virgen del Camino	<input type="checkbox"/> Instituto de Salud Pública	<input type="checkbox"/> Área de Salud de Estella
<input type="checkbox"/> Dirección Atención Primaria excepto EAP de Navarra Norte (Zona Vascófona)	<input type="checkbox"/> Dirección Gerencia del SNS-O	
<input type="checkbox"/> Dirección de Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria	<input type="checkbox"/> EAP Navarra Norte (Zona Vascófona.)	

Que adjunta, para su baremación, certificados de servicios prestados en la Administración Pública.

Personal facultativo (Crucear donde corresponda)

	SI	NO
Suficiencia investigadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por lo expuesto solicita se admita la presente solicitud.

Pamplona,.....de..... de 20.....

El/la interesado/a,