



FUNDACION DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACION DE CASTILLA Y LEON
CONVOCATORIA EXTERNA DE CUATRO CONTRATOS INDEFINIDOS DE ENFERMERÍA
CON CENTROS DE TRABAJO EN LEÓN, SORIA Y BURGOS

Referencia: DUE-CE-9/2020

NOMBRE _____ DNI _____
TFNO _____ CORREO ELECTRONICO _____
DOMICILIO _____
LOCALIDAD _____ CP _____ PROVINCIA _____

SOLICITA,

Sea admitida la presente instancia con el fin de optar a uno de los contratos señalados:

Centro de trabajo	Jornada	(Indique la opción/opciones interesadas)
Ponferrada	100%	<input type="checkbox"/>
Soria	100%	<input type="checkbox"/>
Burgos	81%	<input type="checkbox"/>

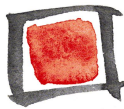
De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que la FUNDACIÓN CENTRO DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN (en adelante CHEMCYL), es el responsable del tratamiento de los datos de carácter personal facilitados a través de su solicitud y que los mismos serán tratados con la finalidad de valorar su candidatura en los procesos de selección de personal que se realicen por CHEMCYL. En caso de producirse alguna modificación en sus datos, le rogamos nos lo comuniqué debidamente.

La legitimación de este tratamiento de datos reside en el consentimiento explícito que nos otorga en virtud de su solicitud, así como en el cumplimiento de las obligaciones legales que nos apliquen como responsables del tratamiento. Sus datos serán publicados en nuestra página web, para dar cumplimiento en lo dispuesto en nuestro Convenio Colectivo. En los demás supuestos sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal.

Asimismo, le informamos de que sus datos serán conservados durante el tiempo correspondiente conforme a lo establecido en las bases de la convocatoria. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, que puede consultar en nuestro Portal de Transparencia: <http://transparencia.centrodehemoterapiacyl.es>.

Valladolid, _____ de _____ de 20_____

Fdo. _____



NOMBRE:

DNI:

FORMACION (relacionada con la plaza ofertada)		PUNTOS	MAXIMO
CURSOS			
CURSOS 20-49 HORAS		1 punto/curso	Max. 15 puntos
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
CURSOS DE 50-299 HORAS		3 punto/curso	
16			
17			
18			
19			
20			
CURSOS >300 HORAS		5 punto/curso	
21			
22			
23			

TOTAL FORMACIÓN (MAX. 15 PUNTOS)

EXPERIENCIA (relacionada con la plaza ofertada)	DURACION		PUNTOS	MAXIMO
	*TOTAL: Fracción < 0,5 meses = 0 meses Fracción > 0,5 meses = 0,5 meses			
	MESES	TOTAL*		
FUNDACION HEMOTERAPIA			3 puntos/mes	Max. 50 puntos
24				
OTROS CENTROS DE DONACION DE SANGRE			2 puntos/mes	Max. 50 puntos
25				
26				
27				
CENTROS SANITARIOS PUBLICOS			0,5 puntos/mes	Max. 20 puntos
28				
29				
30				
CENTROS SANITARIOS PRIVADOS			0,25 puntos/mes	Max. 10 puntos
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				

TOTAL EXPERIENCIA (MAX. 85 PUNTOS)

TOTAL BAREMO (Max. 100 puntos)

El que suscribe declara que son ciertos los datos consignados y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos consignados.

En Valladolid a ____ de ____ de ____

Fdo. _____

