

**ANEXO III**

**MODELO PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LA BOLSA DE EMPLEO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.**

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| <b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b> |                   |
| <b>DNI/NIE:</b>            | <b>TELÉFONO:</b>  |
| <b>DOMICILIO:</b>          |                   |
| <b>LOCALIDAD:</b>          | <b>PROVINCIA:</b> |
| <b>CATEGORÍA:</b>          |                   |

RESOLUCIÓN de 27 de mayo de 2024, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se concede plazo para la presentación de la documentación acreditativa de requisitos y méritos de la bolsa de empleo de personal estatutario temporal de la categoría de **Fisioterapeuta**.

El abajo firmante, que figura en el **ANEXO** ..... (indicar I o II) de la Resolución citada de la bolsa de empleo de la categoría marcada anteriormente, **ADJUNTA, anexo a esta instancia**, la siguiente **DOCUMENTACIÓN**, al objeto de que se proceda a la comprobación del autobaremo realizado por el que suscribe en la aplicación informática habilitada al efecto:

|  |                |             |
|--|----------------|-------------|
| <b>TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA:</b>                                 | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>Requisito de NACIONALIDAD (no españoles en casos regulados):</b>  | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>I. EXPERIENCIA PROFESIONAL:</b>                                   | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>II.1. A) FORMACIÓN CONTINUADA:</b>                                | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>II.1. B) FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y POSTGRADUADA:</b>              | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>II.2. DOCENCIA:</b>   | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>II.3. ACT. CIENTÍFICAS, INVESTIGACIÓN, DIFUSIÓN CONOCIMIENTO:</b> | Desde la hoja: | Hasta hoja: |
| <b>III. SUPERACIÓN DE EJERCICIOS DE LA FASE DE OPOSICIÓN:</b>        | Desde la hoja: | Hasta hoja: |

LA DOCUMENTACIÓN que se presenta es: (marque con una x lo que corresponda)

**SOLO** para **ACTUALIZACIÓN** de los méritos del autobaremo.

Acreditativa **DE TODO** el autobaremo.

El que suscribe **DECLARA**, bajo su responsabilidad:

- Que la documentación acreditativa de los requisitos y méritos autobaremos en la aplicación informática, que se presenta por el que suscribe, son el reflejo veraz y exacto de los documentos originales que obran en mi poder.
- Que dispongo de la documentación original que así lo acredita y que se comprometo a presentarla ante esa Administración en cualquier momento en que sea requerido para ello.
- Que conozco las consecuencias que conllevaría la falsedad de la documentación presentada a que se hace referencia en el artículo 6.2 del Decreto 11/2016, de 21 de abril, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar tal y como se establece en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La documentación se entrega ordenada, siguiendo el cuadro anterior y en hojas numeradas, con la numeración visible en la esquina superior derecha de cada hoja. Los documentos que componen el apartado I Experiencia Profesional deberán ir ordenados conforme a los distintos apartados (1, 2, 3...).

En ....., a ..... de ..... de 2024

Firma del interesado:

Fdo.: .....

**DESTINATARIO: GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA – Paseo de Sepúlveda, 1 – 40002 - SEGOVIA**