



**SOLICITUD DE ADMISION**

**CONVOCATORIA PARA CONTRATACION TEMPORAL EN EL AREA 10 ATENCION ESPECIALIZADA**

**1. DATOS PERSONALES**

|   |                      |                                  |  |                               |                      |
|---|----------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|----------------------|
| PRIMER APELLIDO   |                      | SEGUNDO APELLIDO                 |  | NOMBRE                        |                      |
| FECHA DE NACIMIENTO                                     |                      | TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO |  | Nº DOCUMENTO IDENTIFICATIVO   |                      |
| <input type="text"/>                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>   | <input type="text"/>          |                      |
| DIA   | MES                  | ANO                              | NIF PASAPORTE T EXTRANJERO                                     |                               |                      |
| NACIONALIDAD ESPAÑOLA                                   |                      |                                  | EN CASO DE NACIONALIDAD NO ESPAÑOLA INDIQUE LA QUE CORRESPONDA |                               |                      |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                      |                                  |  |                               |                      |
| DOMICILIO   |                      |                                  |  |                               |                      |
| TIPO VIA  |                      | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA         |  | N.ºM. BLOQU. ESC. PISO PUERTA |                      |
| <input type="text"/>                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>   | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
| MUNICIPIO   |                      |                                  | PROVINCIA  |                               | CÓDIGO POSTAL        |
| TELÉFONO DE CONTACTO                                    |                      |                                  | TELÉFONO MÓVIL   |                               |                      |
| CORREO ELECTRÓNICO                                      |                      |                                  |  |                               |                      |

**2. DATOS DE LA CONVOCATORIA**

CATEGORÍA QUE SOLICITA (Una sola categoría por Solicitud)

**LIMPIADOR/A**

Los datos personales recogidos serán tratados en los términos del Art. 3 de la Ley Orgánica 15/1999, y en la Ley 3/2001 de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

El abajo firmante declara que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y baremo, y que reúne los requisitos de participación exigidos en la convocatoria.

Getafe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado



**AUTOBAREMO**

**CATEGORÍA QUE SOLICITA (En sola categoría por Solicitud)**  
**LIMPIADORA/A**

**APELLIDOS Y NOMBRE:** NIF:  PASAP.  T.EXT.

**NI DOC. IDENTIFICACION**

| EXPERIENCIA PROFESIONAL (MÁXIMO 40 PUNTOS)  | Datos a cumplimentar por el Solicitante |                               | Datos a cumplimentar por la Administración |        |
|---|---|-------------------------------|--|--------|
|   | Meses                                   | Puntos                        | Meses                                      | Puntos |
| Por servicios prestados en la misma categoría profesional que se solicita en Instituciones Sanitarias Públicas dependientes de la Comunidad de Madrid y/o en otros Centros dependientes de la Administración de la Comunidad de Madrid, bajo el régimen estatutario, laboral o funcionario. |   | 0,30 puntos por mes trabajado |  |        |
| Por servicios prestados en la misma categoría profesional que se solicita en Instituciones Sanitarias Públicas dependientes del resto de Comunidades Autónomas y de la Unión Europea, dentro de la normativa vigente de libre circulación   |   | 0,20 puntos por mes trabajado |  |        |
| Por servicios prestados en la misma categoría profesional que se solicita en Instituciones u Organismos de otras Administraciones Públicas.   |   | 0,10 puntos por mes trabajado |  |        |
| Por servicios prestados en la misma categoría profesional que se requiere en la Red Hospitalaria Privada o sus equivalentes debidamente acreditadas   |   | 0,05 puntos por mes trabajado |  |        |
| <b>TOTAL EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>  |   |                               |  |        |

| CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN (MÁXIMO 20 PUNTOS)  | Datos a cumplimentar por el Solicitante |                            | Datos a cumplimentar por la Administración |        |
|---|---|----------------------------|--|--------|
|   | Unidades                                | Puntos                     | Unidades                                   | Puntos |
| Cursos de duración de hasta 10 horas lectivas |   | 0,05 puntos por cada curso |  |        |
| Cursos de duración de 11 a 16 horas lectivas  |   | 0,10 puntos por cada curso |  |        |
| Cursos de duración de 17 a 30 horas lectivas  |   | 0,15 puntos por cada curso |  |        |
| Cursos de duración de 31 a 60 horas lectivas  |   | 0,30 puntos por cada curso |  |        |
| Cursos de duración de 61 a 100 horas lectivas |   | 0,50 puntos por cada curso |  |        |
| <b>TOTAL CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN</b>        |   |                            |  |        |
| <b>TOTAL AUTOBAREMO</b>                       |   |                            |  |        |



**RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE APORTAN (Marque con una X lo que proceda):**

**REQUISITOS MÍNIMOS**

- SOLICITUD
- AUTOBAREMO
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (DNI, PASAPORTE, TARJETA DE EXTRANJERO)
- FOTOCOPIA DEL TÍTULO EXIGIDO ACORDE A LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA

**OTROS DOCUMENTOS**

- EXPERIENCIA PROFESIONAL SECTOR PÚBLICO. CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS EN LA MISMA CATEGORÍA.
- EXPERIENCIA PROFESIONAL SECTOR PRIVADO CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS EN LA MISMA CATEGORÍA Y CERTIFICACIONES ORIGINALES DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL, EN LAS QUE CONSTEN EXPRESAMENTE PERIODOS TRABAJADOS Y GRUPOS DE TARIFA)
- FOTOCOPIA DE FORMACIÓN ACADÉMICA
- FOTOCOPIA DE CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN
- OTROS \_\_\_\_\_

Getafe \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firmado