



MODELO DE SOLICITUD DE PUESTOS. (ANEXO II)

CATEGORÍA AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MOVILIDAD INTERNA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL

D.N.I	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

SOLICITA ser admitido en el proceso de MOVILIDAD INTERNA convocado por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil en fecha _____ 2008, con referencia a los puestos de trabajo que se indican en dicha convocatoria y por el orden de preferencia que a continuación se detallan.

CATEGORÍA	SERVICIO O UNIDAD DE PROCEDENCIA	CENTRO DE TRABAJO (Insular, materno, CAE, USM)

PUESTO Y TURNO	TURNO	Nº DE PUESTOS	ORDEN DE PREFERENCIA
ADMISION CCEE. H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	15	
ADMISION CCEE. INSULAR (H. JUAN CARLOS I)	F. MAÑANAS	1	
ADMISION URGENCIAS H.U. INSULAR	ROTATORIO	3	
ANATOMIA PATOLOGICA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
ARCHIVO H.C. H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	13	
ARCHIVO H.C. H.U. INSULAR	TARDE	1	
BIOQUIMICA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	3	
UNIDAD CALIDAD RECLAMACIONES H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
CARDIOLOGIA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
HEMATOLOGIA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
BANCO DE SANGRE/UNIDAD DE TRASPLANTES	F. MAÑANAS	1	
MANTENIMIENTO H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
MEDICINA INTENSIVA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	2	
OFTAMOLOGIA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	2	
QUIROFANO H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
GESTIÓN ECONÓMICA	F. MAÑANAS	1	
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES	F. MAÑANAS	1	
URGENCIAS H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
ADMISIÓN RADIODIAGNÓSTICO H.U. INSULAR	TARDE	1	
SUMINISTROS H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	



SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL



PUESTO Y TURNO	TURNO	Nº DE PUESTOS	ORDEN DE PREFERENCIA
TRAUMATOLOGIA Y C. ORTOPEDICA H.U. INSULAR	F. MAÑANAS	1	
ADMISION URGENCIAS H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	5	
ANALISIS CLINICOS H.U. MATERNO INF.	F. MAÑANAS	1	
ANATOMIA PATOLOGICA H.U. MATERNO INF.	F. MAÑANAS	1	
ANESTESIOLOGIA H.U. MATERNO INF.	F. MAÑANAS	1	
ARCHIVO H.C. JUAN CARLOS I	F. MAÑANAS	1	
ARCHIVO H.C. H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	3	
CIRUGIA PEDIATRICA H.U. MATERNO INF.	F. MAÑANAS	1	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA H.U. MATERNO INF.	F. MAÑANAS	1	
OTORRINOLARINGOLOGIA H.U. MATERNO INF.	F. MAÑANAS	1	
CAE VECINDARIO	F. MAÑANAS	1	
CAE PRUDENCIO GUZMAN	F. MAÑANAS	2	
CAE. TELDE	ROTATORIO	2	
ALMAGEN GENERAL (ARINAGA)	F. MAÑANAS	1	
HOSPITALIZACION A DOMICILIO	F. MAÑANAS	1	

Se acompaña a la presente solicitud:

- Autobaremo
- Certificados de Servicios Prestados, **no será necesario presentar como justificación los servicios prestados en esta Dirección Gerencia y en la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.**
- Fotocopia del D.N.I.

Las Palmas de Gran Canaria, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

DIRIGIDO A: DIRECCIÓN GERENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATERNO INFANTIL