



MODELO DE SOLICITUD DE PUESTOS. (ANEXO VIII)

CATEGORÍA AUXILIARES DE ENFERMERIA

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
DESPERTAR H.U. INSULAR	ROTATORIO	1	
DIALISIS H.U. INSULAR	ROTATORIO	6	
ESTERILIZACION H.U. INSULAR	MAÑANAS Y TARDES	4	
ESTERILIZACIÓN H.U. INSULAR	ROTATORIO	11	
FARMACIA H.U. INSULAR	ROTATORIO	3	
HOSPITAL DÍA/ MAXILO H.U. INSULAR	MAÑANAS Y TARDES	2	
MEDICINA INTENSIVA H.U. INSULAR	ROTATORIO	22	
PLANTA 10 NORTE H.U. INSULAR	ROTATORIO	4	
PLANTA 10 SUR H.U. INSULAR	ROTATORIO	4	
PLANTA 11 SUR H.U. INSULAR	ROTATORIO	6	
PLANTA 4 NORTE H.U. INSULAR	ROTATORIO	13	
PLANTA 5 NORTE H.U. INSULAR	ROTATORIO	6	
PLANTA 6 SUR H.U. INSULAR	ROTATORIO	8	
PLANTA 7 NORTE H.U. INSULAR	ROTATORIO	6	
PLANTA 7 SUR H.U. INSULAR	ROTATORIO	3	
PLANTA 8 NORTE H.U. INSULAR	ROTATORIO	4	
PLANTA 8 SUR H.U. INSULAR	ROTATORIO	9	
PLANTA 9 NORTE H.U. INSULAR	ROTATORIO	4	
PLANTA 9 SUR H.U. INSULAR	ROTATORIO	6	
PLANTILLA DE REFUERZO H.U. INSULAR	ROTATORIO	13	



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

PUESTO Y TURNO	TURNO	Nº DE PUESTOS	ORDEN DE PREFERENCIA
PRUEBAS FUNCIONALES H.U. INSULAR	MAÑANA	1	
REHABILITACION H.U. INSULAR	MAÑANA	1	
UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES H.U. INSULAR	ROTATORIO	4	
UNIDAD DE TRASLADOS H.U. INSULAR	TARDE	2	
URGENCIAS H.U. INSULAR	ROTATORIO	17	
CONSULTAS EXTERNAS DE PEDIATRIA H.U. MATERNO INF.	MAÑANA	1	
FARMACIA/NUTRICION H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	6	
OBSTETRICIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO/ ESPECIAL	1	
OBSTETRICIA/ TRANSICION H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO/ESPECIAL	2	
PLANTA3 NEONATOLOGIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	22	
PLANTA3 ONCOHEMATOLOGIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	2	
PLANTA3 UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	2	
PLANTA4 ESPECIALIDADES H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	1	
PLANTA4 LACTANTES H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	6	
PLANTA4 PREESCOLARES H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	1	
PLANTA5 CIRUGIA PEDIATRICA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	1	
PLANTA5 TOCGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	2	
PLANTA5 UNIDAD ENFERMEDADES INFECCIOSAS H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	2	
PLANTA6 TOCGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	4	
PLANTA7 TOCGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	4	
PLANTA8 TOCGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	4	
PLANTILLA VOLANTE H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	5	
QUIROFANO H.U. MATERNO INF.	MAÑANA	2	
QUIROFANO H.U. MATERNO INF.	ROTATORIO	3	
RADIODIAGNOSTICO H.U. MATERNO INF.	MAÑANA	1	
URGENCIA PEDIATRICAS HU. MATERNO INF.	ROTATORIO	3	
CAE. PRUDENCIO GUZMAN	MAÑANAS Y TARDES	2	
CAE. TELDE	MAÑANAS Y TARDES	2	
CAE. VECINDARIO	MAÑANAS Y TARDES	2	

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 Negrin.**
- Fotocopia del D.N.I.

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

Fdo.: _____

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