



MODELO DE SOLICITUD DE PUESTOS. (ANEXO VI)

CATEGORÍA ENFERMEROS/AS

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 |
|------------------------------------|------------------|---------------|----------------------|
| DIALISIS H.U. INSULAR | ROTATORIO | 8 | |
| ESTELERIZACION H.U. INSULAR | ROTATORIO | 4 | |
| ESTELERIZACION H.U. INSULAR | MAÑANAS Y TARDES | 1 | |
| MEDICINA INTENSIVA H.U. INSULAR | ROTATORIO | 31 | |
| PLANTA 4 NORTE H.U. INSULAR | ROTATORIO | 10 | |
| PLANTA 5 NORTE H.U. INSULAR | ROTATORIO | 4 | |
| PLANTA 6 SUR H.U. INSULAR | ROTATORIO | 7 | |
| PLANTA 7 NORTE H.U. INSULAR | ROTATORIO | 4 | |
| PLANTA 7 NORTE H.U. INSULAR | MAÑANA | 1 | |
| PLANTA 7 SUR H.U. INSULAR | ROTATORIO | 3 | |
| PLANTA 8 NORTE H.U. INSULAR | ROTATORIO | 7 | |
| PLANTA 8 SUR H.U. INSULAR | ROTATORIO | 12 | |
| PLANTA 9 NORTE H.U. INSULAR | ROTATORIO | 4 | |
| PLANTA 9 SUR H.U. INSULAR | ROTATORIO | 3 | |
| PLANTA 9 SUR H.U. INSULAR | TARDES | 1 | |
| PLANTA10 NORTE H.U. INSULAR | ROTATORIO | 2 | |
| PLANTA10 SUR H.U. INSULAR | ROTATORIO | 6 | |
| PLANTA11 SUR H.U. INSULAR | ROTATORIO | 4 | |
| PLANTILLA DE REFUERZO H.U. INSULAR | ROTATORIO | 19 | |
| QUIROFANO H.U. INSULAR | MAÑANA | 2 | |
| QUIROFANO H.U. INSULAR | ROTATORIO | 1 | |
| RADIODIAGNOSTICO H.U. INSULAR | ROTATORIO | 1 | |



| PUESTO Y TURNO | TURNO | Nº DE PUESTOS | ORDEN DE PREFERENCIA |
|--|------------------|---------------|----------------------|
| UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES H.U. INSULAR | ROTATORIO | 3 | |
| URGENCIAS H.U. INSULAR | ROTATORIO | 27 | |
| URGENCIAS H.U. INSULAR | MAÑANAS Y TARDES | 5 | |
| HEMATOLOGIA H.U. MATERNO INF. | MAÑANA | 1 | |
| PLANTA 3 NEONATOLOGIA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 23 | |
| PLANTA 3 ONCOHEMATOLOGIA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 1 | |
| PLANTA 3 UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 8 | |
| PLANTA 4 ESPECIALIDADES H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 3 | |
| PLANTA 4 LACTANTES H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 11 | |
| PLANTA 4 PREESCOLARES H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 1 | |
| PLANTA 5 CIRUGIA PEDIATRICA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 3 | |
| PLANTA 5 TOCOGINECOLOGIA H.U. MATERNO INFANTIL | ROTATORIO | 2 | |
| PLANTA 6 TOCOGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 2 | |
| PLANTA 7 TOCOGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 1 | |
| PLANTA 8 TOCOGINECOLOGIA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 5 | |
| PLANTILLA VOLANTE H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 8 | |
| QUIROFANO PLANTA0 H.U. MATERNO INFANTIL | ROTATORIO | 2 | |
| QUIROFANO PLANTA1 H.U. MATERNO INFANTIL | MAÑANA | 1 | |
| QUIROFANO PLANTA2 H.U. MATERNO INFANTIL | MAÑANA | 1 | |
| URGENCIA DE PEDIATRIA H.U. MATERNO INF. | ROTATORIO | 1 | |
| CAE. VECINDARIO | MAÑANAS | 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 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