

ANEXO I

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EQUIPO TRASLADO INTERHOSPITALARIO URGENTE

ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA – Convocatoria de 09 de marzo de 2026

1. DATOS PERSONALES Y LABORALES.

D/D^a:

DNI n.º:

Centro de Trabajo:

Teléfono:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Correo electrónico (corporativo):

2. TITULACIÓN

Médico

Médico Especialista

Especialidad:

3. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DESDE LA QUE CONCURSA:

Personal estatutario del Servicio Extremeño de Salud, en servicio activo en la categoría profesional de Médico/a o FEA como: (señalar la casilla que proceda)

Estatutario Fijo del Área de Plasencia

Estatutario Temporal del Área de Plasencia

Estatutario Fijo de otra Área de Salud

Estatutario Temporal de otra Área de Salud

Si trabaja en otra Área de Salud, indique en cuál de ellas:

4. DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA QUE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD.

Adjuntar relación de documentación que aporta señalando la casilla que proceda:

Copia de Contrato de Trabajo

Copia de Contrato de Formación/Trabajo en Formación Sanitaria Especializada (Médico Interno Residente MIR)

Tiempo trabajado en alguna Unidad de Paciente Crítico (un año o más)

Certificado de formación en Soporte Vital Avanzado

Certificado de formación en Transporte Neonatal

En Plasencia, a de

de 2026

Fdo.: _____