

ANEXO I

El interesado cuyos datos personales y profesionales se expresan a continuación, solicita CAMBIO DE NIVEL en el sistema de carrera profesional del Servicio Aragonés de Salud, de conformidad con lo previsto en el Acuerdo entre el Servicio Aragonés de Salud y los Sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de carrera profesional, de 13 de noviembre de 2007, con los efectos económicos correspondientes, previa la correspondiente evaluación.

<b>I. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES</b>			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Nº DNI
Domicilio		Teléfono	
• Estatutario Fijo <input type="checkbox"/>	• Funcionario de carrera con retribuciones estatutarias <input type="checkbox"/>	• Laboral fijo con retribuciones estatutarias <input type="checkbox"/>	
Categoría profesional o equivalente para personal funcionario y laboral		Fecha adquisición nivel anterior	
Situación Administrativa (1)			
Centro donde tiene la plaza en propiedad	Sector Sanitario	Centro sanitario destino actual (Hospital, EAP, UME, SUAP, etc.)	

<b>II. DATOS DE LA SOLICITUD</b>			
Cambio de Nivel del sistema de carrera profesional: Primer Nivel <input type="checkbox"/> Segundo Nivel <input type="checkbox"/> Tercer Nivel <input type="checkbox"/> Cuarto Nivel <input type="checkbox"/>			

<b>III. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA</b>
<input type="checkbox"/> Solicitud de los servicios prestados en el centro con plaza en propiedad. <input type="checkbox"/> Certificado de servicios prestados en otros centros. <input type="checkbox"/> Cuestionario de autoevaluación junto con la documentación acreditativa de los méritos a evaluar. <input type="checkbox"/> Relación detallada de los méritos a evaluar siguiendo el orden de los epígrafes del cuestionario de evaluación. <input type="checkbox"/> Otros:

En....., a ..... de ..... de 20 .  
(Firma)

(1) Servicio activo, comisión de servicios, servicios especiales, etc.

El procedimiento se inicia a instancia del interesado mediante la **cumplimentación del impreso**, debiendo acompañar al mismo cuestionario estandarizado de autoevaluación, junto con los documentos que pongan de manifiesto los méritos adquiridos en su desarrollo profesional, según los Factores de Evaluación y sus baremos establecidos en el Acuerdo.

COMISIÓN EVALUADORA DEL CENTRO: \_\_\_\_\_ .

SECTOR SANITARIO DE \_\_\_\_\_