

## ANEXO I

### SOLICITUD CAMBIO DE NIVEL DE CARRERA PROFESIONAL PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS

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 26 de junio de 2008, con los efectos económicos correspondientes, previa la correspondiente evaluación.

I. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
Nº DNI	Teléfono	Correo electrónico corporativo	
Domicilio		Localidad	Código Postal
• Estatutario Fijo <input type="checkbox"/>	• Funcionario de carrera con retribución estatutaria <input type="checkbox"/>	• Laboral fijo con retribución estatutaria <input type="checkbox"/>	
Categoría estatutaria de la plaza en propiedad		Nivel actual: Fecha adquisición:	
Situación Administrativa (1)			
Centro donde tiene la plaza en propiedad	Sector Sanitario	Centro sanitario destino actual (Hospital, EAP, UME, SUAP, etc.)	

II. DATOS DE LA SOLICITUD				
Nivel de carrera profesional que solicita:	Primer Nivel <input type="checkbox"/>	Segundo Nivel <input type="checkbox"/>	Tercer Nivel <input type="checkbox"/>	Cuarto Nivel <input type="checkbox"/>

III. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA
<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"/> Certificado de servicios prestados en centros que no pertenecen al Servicio Aragonés de Salud.
<input type="checkbox"/> Otros:

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

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

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** \_\_\_\_\_

**SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**