



## SOLICITUD BOLSA DE TRABAJO

NOMBRE \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

TFNO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

### SOLICITA,

Sea admitida la presente instancia a fin de tomar parte en la bolsa de trabajo convocada por el Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, con **REF. BT MEDICOS DE COLECTA – 2021**.

Documentación adjuntada a la solicitud:

Autobaremo

Deseo que los contratos que me oferten se ajusten a las siguientes provincias:

Ávila

Burgos

León

Palencia

Ponferrada

Salamanca

Segovia

Soria

Valladolid

Zamora

Deseo incorporarse a la bolsa desde la situación de:

ACTIVO

NO ACTIVO (Los candidatos presentados formarán parte de la bolsa, aunque no serán llamados hasta que comuniquen su cambio de situación al correo indicado en las bases de la convocatoria)

Deseo se tenga en cuenta mi grado de discapacidad reconocida superior al 33% en caso de empate en la puntuación.

De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que la FUNDACIÓN CENTRO DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN (en adelante CHEMCYL), es el responsable del tratamiento de los datos de carácter personal facilitados a través de su solicitud de bolsa de trabajo y que los mismos serán tratados con la finalidad de valorar su candidatura en los procesos de selección de personal que se realicen por CHEMCYL. En caso de producirse alguna modificación en sus datos, le rogamos nos lo comuniquen debidamente.

La legitimación de este tratamiento de datos reside en el consentimiento explícito que nos otorga en virtud de su solicitud, así como en el cumplimiento de las obligaciones legales que nos apliquen como responsables del tratamiento. Sus datos serán publicados en nuestra página web, para dar cumplimiento en lo dispuesto en nuestro Convenio Colectivo. En los demás supuestos sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal.

Asimismo, le informamos de que sus datos serán conservados durante el tiempo correspondiente conforme a lo establecido en las bases de la convocatoria. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, que puede consultar en nuestro Portal de Transparencia: <http://transparencia.centrodehemoterapiacyl.es>.

Valladolid, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Fdo. \_\_\_\_\_



**NOMBRE:**

**DNI:**

FORMACION (relacionada con la plaza ofertada)		PUNTOS	MAXIMO
CURSOS			
CURSOS 20-49 HORAS		1 punto/curso	Max. 15 puntos
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
CURSOS DE 50-299 HORAS		3 punto/curso	
16			
17			
18			
19			
20			
CURSOS >300 HORAS		5 punto/curso	
21			
22			
23			

<b>TOTAL FORMACIÓN (MAX. 15 PUNTOS)</b>	
---	--

EXPERIENCIA (relacionada con la plaza ofertada)	DURACION		PUNTOS	MAXIMO
	*TOTAL: Fracción < 0,5 meses = 0 meses Fracción > 0,5 meses = 0,5 meses			
	MESES	TOTAL*		
FUNDACION HEMOTERAPIA			2 puntos/mes	Max. 60 puntos
24				
OTROS CENTROS DE DONACION DE SANGRE			1 puntos/mes	Max. 60 puntos
25				
26				
CENTROS SANITARIOS PUBLICOS			0,5 puntos/mes	Max. 60 puntos
27				
28				
29				
CENTROS SANITARIOS PRIVADOS			0,25 puntos/mes	Max. 60 puntos
30				
31				
32				
33				
34				

<b>TOTAL EXPERIENCIA (MAX. 85 PUNTOS)</b>	
---	--

<b>TOTAL BAREMO (Max. 100 puntos)</b>	
---------------------------------------	--

El que suscribe declara que son ciertos los datos consignados y que reúne los requisitos exigidos en la convocatoria, comprometiéndose a probar documentalmente los datos consignados.

En Valladolid a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_