

**FUNDACION DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACION DE CYL: SOLICITUD CONVOCATORIA DE
MÉDICO DE COLECTA. Ref.: MCOL-CE-11-2025**

NOMBRE _____ APELLIDOS _____ DNI _____
TFNO. FIJO _____ TFNO. MÓVIL _____ CORREO ELECTRONICO _____
DOMICILIO _____
LOCALIDAD _____ CP _____ PROVINCIA _____

SOLICITA,

Sea admitida la presente instancia, a fin de tomar parte en la convocatoria de un contrato de médico de colecta a tiempo completo para el centro de trabajo de Burgos convocado por la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León (Ref.: MCOL-CE-11-2025).

Documentación presentada:

- ☐ Solicitud.
☐ Autobaremo.
☐ Otros: _____

Valladolid, de de 2025

Fdo: _____

FUNDACION DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACION DE CYL: AUTOBAREMO CONVOCATORIA DE UN CONTRATO DE MÉDICO DE COLECTA A TIEMPO COMPLETO PARA EL CENTRO DE TRABAJO DE BURGOS (Ref.: MCOL-CE-11-2025)

CANDIDATO: _____

FORMACIÓN			Puntuación	Máximo
• Cursos ○ 20 a 49 horas ○ 50 a 299 horas ○ 300 horas o mas	Nº de cursos Nº de cursos Nº de cursos	1 punto/curso 3 puntos/curso 5 puntos/curso		15 puntos
TOTAL BAREMO FORMACION				Máx 15 pts
EXPERIENCIA			Puntuación	Máximo
Tiempo trabajado				
• Tiempo trabajado en donación de sangre en la Fundación • Tiempo trabajado en donación de sangre en otros Centros • Tiempo trabajado en la categoría en Centros Públicos • Tiempo trabajado en la categoría en Centros Privados	Nº meses: Nº meses: Nº meses: Nº meses:	1 pto / mes 0,5 pto / mes 0,25 pto / mes 0,10 pto / mes		60 puntos 60 puntos 60 puntos 60 puntos
TOTAL BAREMO EXPERIENCIA				Máx 85 pts
TOTAL BAREMO CANDIDATO				Máx 100 pts

Notas: No se consideran fracciones de mes.
Únicamente se valorará la formación, experiencia, y otros méritos relacionados con la categoría obtenidos hasta el día de publicación de la convocatoria.
La documentación justificativa será exigida en el momento de la incorporación del candidato.

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.

Valladolid, ____ de ____ de 2025

Fdo _____

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal, la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León le informa que los datos aportados en este formulario, serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y posición, previstos por la Ley, mediante escrito según modelos normalizados por orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, Paseo Filipinos s/n 47007 Valladolid.

FUNDACION DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACION DE CYL: AUTOBAREMO CONVOCATORIA DE UN CONTRATO DE MÉDICO DE COLECTA A TIEMPO COMPLETO PARA EL CENTRO DE TRABAJO DE BURGOS (Ref.: MCOL-CE-11-2025)

CURSOS: (en el momento de la incorporación se solicitarán los títulos)

DENOMINACION	DURACION

EXPERIENCIA: (en el momento de la incorporación se solicitarán certificados, contratos, y/o vida laboral que la justifique)

Fundación	Otros centros de transfusión	Centros públicos	Centros privados	Denominación del Centro de trabajo	Categoría	MESES

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal, la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León le informa que los datos aportados en este formulario, serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y posición, previstos por la Ley, mediante escrito según modelos normalizados por orden PAT/175/2003, de 20 de febrero, dirigido a la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, Paseo Filipinos s/n 47007 Valladolid.