1.- DATOS PERSONALES:

DNI:

NOMBRE Y APELLIDOS: DIRECCION:

ANEXO III

FOTOGRAFIA ES OPTATIVA

***CURRICULUM VITAE***

TELEFONOS MOVIL: TELFONO FIJO:

LOCALIDAD: CODIGO POSTAL:

CORREO ELECTRONICO:

2.- DATOS ACADEMICOS

* TITULOS (Título – Centro – Ciudad - Fechas de inicio y fin).

 ……….

 ……….

 ……….

A.- EXPERIENCIA PROFESIONAL (EN LA CATEGORIA A LA QUE SE OPTA)

TOTAL DIAS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Centro** | **Fecha Inicio** | **Fecha Fin** | **Días** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

 ***OTRAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES (en categoría distinta a la que se concursa)***

B.- FORMACION ACADÉMICA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Centro** | **Categoría Profesional** | **Fecha Inicio** | **Fecha Fin** | **Días** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |

TOTAL DIAS

CERTIFICADO DE CALIFICACIONES obtenidas en la carrera (PARA FISIOTERAPEUTA) C.- FORMACION CONTINUADA

CURSOS (EN LA CATEGORIA A LA QUE SE OPTA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Curso** | **Centro Formación** | **Horas** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **TOTAL HORAS** |  |

OTRAS ACTIVIDADES (PARA ENFERMERÍA)

Docente de pregrado o postgrado en centros acreditados para la docencia (Ver bases de convocatoria)

-

Docente cursos de postgrado acreditados (Ver bases de convocatoria)

-

Trabajos científicos y de investigación (Ver bases de convocatoria)

-

Moderación de mesa o ponencia (Ver bases de convocatoria)

-

Presentación de comunicaciones o pósteres a congresos (Ver bases de convocatoria)

-

Participación en comisiones técnicas (Ver bases de convocatoria)

-

* IDIOMAS:
* INFORMATICA:
* OTROS DATOS:

FECHA DE CIERRE