

ANEXO IV: FICHA DE AUTOEVALUACIÓN DE EXPERIENCIA

Nombre: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Experiencia laboral con contrato de trabajo en número de meses*, en los siguientes procesos:

*Si el candidato/a no lo conoce con exactitud, lo reflejará de manera aproximada.

PROCESOS	NÚMERO DE MESES DE EXPERIENCIA
QUIRÓFANOS	
PEDIATRÍA-NEONATOS	
HEMODIÁLISIS	
URGENCIAS	
UCI	
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA	
HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	
OBSTETRICIA	
PARTOS	
CONSULTAS/ ATENCIÓN PRIMARIA	
HEMODINÁMICA	
PRUEBAS FUNCIONALES (indicar cual/es): _____ _____ _____	_____ _____ _____
OTROS: indicar cual/es (Residencias, Empresas de Emergencia Sanitaria, etc.) _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Refleje a continuación si tiene algún Master, Diploma de Especialización o Experto Universitario **SÓLO** en caso de que se hubiera realizado prácticas presenciales en Instituciones Sociosanitarias.

NOMBRE DEL MASTER, DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN O EXPERTO UNIVERSITARIO	NÚMERO DE HORAS PRÁCTICAS PRESENCIALES