

ANEXO III

ACOPLAMIENTO PRIMERA FASE PERSONAL SANITARIO

ENFERMERO/A AÑO 2024

HOSPITAL UNIVERSITARIO ROYO VILLANOVA

Nombre y Apellidos: _____

D.N.I. nº: _____

Destino: _____

Puestos a los que opta por orden de preferencia:

Nº ORDEN	PUESTOS	TURNO	Nº PUESTOS DEFINITIVOS	Nº PUESTOS CON CARÁCTER PROVISIONAL	MOTIVO DE LA RESERVA DEL PUESTO PROVISIONAL
	BLOQUE QUIRÚRGICO	ROTATORIO		1	PSG (MJPS)
	BLOQUE QUIRÚRGICO	ROTATORIO		1	PSG (RAG)
	BLOQUE QUIRÚRGICO	ROTATORIO		1	PSG EN FUNCIONES (IRC)
	BLOQUE QUIRÚRGICO	MAÑANA/TARDE	3		
	CME GRANDE COVIAN	MAÑANA/TARDE		1	PSG (MJCC)
	CME GRANDE COVIAN	MAÑANA/TARDE	1		
	CEX OFTALMOLOGIA	MAÑANA/TARDE		1	PSG (MPSP)
	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA*	TURNO 12 H.		1	LS (CAM)
	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA*	TURNO 12 H.		1	PSG (CDSV)
	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA*	TURNO 12 H.	1		
	PLANTA 1ª A CIRUGÍA	TURNO 12 H.		1	PSG (PDDP)
	PLANTA 1ª A CIRUGÍA	TURNO 12 H.	8		
	PLANTA 1ª B UROLOGÍA	TURNO 12 H.	6		
	PLANTA 2ª A TRAUMATOLOGÍA	TURNO 12 H.		1	PSG (MSR)
	PLANTA 2ª A TRAUMATOLOGÍA	TURNO 12 H.		1	PSG (YSV)
	PLANTA 2ª A TRAUMATOLOGÍA	TURNO 12 H.		1	PIT (MPLL)
	PLANTA 2ª A TRAUMATOLOGÍA	TURNO 12 H.		1	PIT (MCG)
	PLANTA 2ª	TURNO 12 H.	1		



Nº ORDEN	PUESTOS	TURNO	Nº PUESTOS DEFINITIVOS	Nº PUESTOS CON CARÁCTER PROVISIONAL	MOTIVO DE LA RESERVA DEL PUESTO PROVISIONAL
	TRAUMATOLOGÍA				
	PLANTA 2ª B NEUMOLOGÍA	ROTATORIO		1	PSG (ACAP)
	PLANTA 2ª B NEUMOLOGÍA	ROTATORIO	7		
	PLANTA 3ª A MEDICINA INTERNA	TURNO 12 H.	9		
	PLANTA 3ª B UCC	TURNO 12 H.	9		
	PLANTA 4ª A CARDIOLOGÍA/NEUROLOGÍA	ROTATORIO	5		
	PLANTA 4ª A CARDIOLOGÍA/NEUROLOGÍA	TURNO 12 H.	7		
	POOL**	ROTATORIO	11		
	PRUEBAS FUNCIONALES ENDOSCOPIAS / FARMACIA	MAÑANA/TARDE		1	PSG (JCM)
	PRUEBAS FUNCIONALES CARDIOLOGIA	MAÑANAS		1	APT (ECC)
	RADIOLOGÍA	ROTATORIO		1	PIT (JCGV)
	RADIOLOGÍA	ROTATORIO	3		
	UNIDAD DE ESTIMULACIÓN CARDIACA ***	MAÑANA/TARDE		1	PSG (MJBU)
	URGENCIAS	ROTATORIO		1	PSG EN FUNCIONES (MCBI)
	URGENCIAS	ROTATORIO	17		
	URGENCIAS	TURNO 12 H.	15		

(*) GUARDIAS LOCALIZADAS EN NOCHE Y CARNET DE CONDUCIR

(**) PENDIENTES POSIBLE REORGANIZACIÓN

(***) NECESARIO TITULO DE OPERADOR DE RX

(RECUERDE QUE ES NECESARIO APORTAR LOS CERTIFICADOS DE SERVICIOS PRESTADOS FUERA DEL ÁMBITO DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, Y/O FOTOCOPIA DEL ESCRITO DE SOLICITUD DE LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS CON EL SELLO DE REGISTRO DE ENTRADA)

Zaragoza, a ____ de _____ de 2024

(Firma)

GERENTE DE SECTOR DE ZARAGOZA I.- C/ EUGENIO LUCAS 31, 50018 - ZARAGOZA