



# I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

## B. AUTORIDADES Y PERSONAL

### B.2. Oposiciones y Concursos

#### **CONSEJERÍA DE SANIDAD**

#### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SACYL)**

#### **Gerencia de Salud de las Áreas de León**

*RESOLUCIÓN de 3 de abril de 2018, de la Gerencia de Salud del Área de León, por la que se aprueban las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a del Servicio de Salud de Castilla y León, por el sistema de promoción interna.*

De conformidad con lo establecido en la Base 4.1 de la Orden SAN/119/2018 de 29 de enero (B.O.C. y L. n.º 31 de 13 de febrero), por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a del Servicio de Salud de Castilla y León, por el sistema de Promoción Interna, esta Gerencia de Salud de Área,

#### RESUELVE:

*Primero.*– Aprobar las listas provisionales de aspirantes admitidos y excluidos al citado proceso selectivo, indicando, en su caso, las causas de exclusión. Estas listas provisionales se encuentran expuestas al público en las Gerencias de Salud de Área y de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud que se relacionan en el Anexo I de la presente resolución. Asimismo, podrán consultarse en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León ([www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es)) y a través del servicio telefónico 012 de información y atención al ciudadano.

Igualmente, se publica Anexo II con las causas de exclusión y su referencia numérica correspondiente.

*Segundo.*– Los aspirantes dispondrán de un plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución, para presentar reclamaciones o subsanar el defecto que haya motivado su exclusión o, en su caso, su no inclusión expresa. Las reclamaciones se dirigirán a la Gerencia de Salud del Área de León, sita en la calle Juan Lorenzo Segura 3 -1.º, 24001 León. A tal fin, se adjunta como Anexo III modelo que se podrá utilizar para la formulación de dichas reclamaciones o subsanaciones.

*Tercero.*– Las reclamaciones presentadas a las listas provisionales de admitidos y excluidos se resolverán mediante Resolución de esta Gerencia de Salud de Área en el



momento que se aprueben las listas definitivas de admitidos y excluidos, indicando lugar, día y hora para la realización del ejercicio de la fase de oposición.

León, 3 de abril de 2018.

*El Gerente de Salud  
del Área de León,*  
Fdo.: FRANCISCO PÉREZ ABRUÑA

**ANEXO I**

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Ávila

C/ Doctor Fleming, n.º 3

05001 Ávila

Gerencia de Salud de Área de Burgos

Avda. Reyes Católicos, n.º 16

09005 Burgos

Gerencia de Salud del Área de León

C/ Juan Lorenzo Segura, n.º 3

24001 León

Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo

C/ Médicos sin Fronteras, n.º 7

24411 Ponferrada (León)

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia

C/ Los Soldados, n.º 15

34001 Palencia

Gerencia de Salud de Área de Salamanca

Avda. de Mirat, n.º 28-32

37005 Salamanca

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia

Paseo Conde Sepúlveda, n.º 1

40002 Segovia

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

Paseo del Espolón, n.º 2

42001 Soria

Gerencia de Salud de las Área de Valladolid

C/ Álvarez Taladriz, n.º 14

47007 Valladolid

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Avda. Príncipe de Asturias, n.º 47-49

49003 Zamora



## ANEXO II

### CÓDIGOS CAUSAS EXCLUSIÓN

1	PAGO INCOMPLETO DE DERECHOS DE EXAMEN
2	NO ACREDITA EL PAGO DE DERECHOS DE EXAMEN
3	NO ACREDITA EXENCIÓN DE TASAS POR FAMILIA NUMEROSA
4	NO CUMPLE EL REQUISITO, BASE 2.1.i)
5	NO CUMPLE EL REQUISITO, BASE 2.1.h)

**ANEXO III****MODELO DE SUBSANACION DE DEFECTOS DE LAS SOLICITUDES**

*(Proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Enfermero/a de Sacyl por Orden SAN/119/2018, de 29 de enero)*

Nombre y apellidos:..... NIF:.....

Domicilio:..... Código Postal:.....

Municipio:..... Provincia:..... Teléfono:.....

**EXPONE:**

- Que he sido excluida/o provisionalmente del proceso selectivo por las causas indicadas abajo.
- Que los datos personales que aparecen en el listado son incorrectos.
- Que no aparezco en el listado de admitidos ni en el de excluidos habiendo presentado la solicitud.

**SOLICITA:**

- La admisión definitiva en el proceso selectivo al proceder a la subsanación de los siguientes defectos que han motivado mi exclusión:

**MOTIVO DE EXCLUSION****FORMA DE SUBSANAR**

<input type="checkbox"/> Pago incompleto de derechos de examen.	Acreditar el abono de la diferencia de la tasa mediante la presentación del ejemplar para el órgano gestor del modelo 046, debidamente validado.
<input type="checkbox"/> No acredita el pago de derechos de examen.	Acreditar el abono íntegro de la tasa mediante la presentación del ejemplar para el órgano gestor del modelo 046, debidamente validado.
<input type="checkbox"/> No acredita exención de tasas por familia numerosa.	Aportar fotocopia compulsada del carnet de familia numerosa y copia de la declaración de la renta del ejercicio 2016 o acreditar el abono íntegro de la tasa
<input type="checkbox"/> No cumple el requisito Base 2.1.i)	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 2.1.i) de la convocatoria.
<input type="checkbox"/> No cumple el requisito Base 2.1.h)	Aportar documento acreditativo de acuerdo a lo recogido en la Base 2.1.h) de la convocatoria.

- Que se corrijan los datos personales que aparecen en el listado, teniendo como correctos los consignados en la cabecera de la presente solicitud.
- Que se me incluya en el listado de admitidos al proceso selectivo, para ello apporto copias compulsadas de aquellos documentos presentados en plazo y que certifican el pago de tasas o el derecho a exención de éste.

En....., a.....de .....de 2018

**IMPORTANTE:**

*Marque con X aquellas casillas a las que corresponda la petición.  
No se considerarán válidas las solicitudes sin firmar.  
Toda la documentación debe ir en castellano o en su defecto acompañada de traducción legal.*

SR. GERENTE DE SALUD DEL AREA DE LEON  
C/ Juan Lorenzo Segura 3 - 24001 León