

## B. OPOSICIONES Y CONCURSOS

### MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

**16903** *CORRECCIÓN de errores de la Orden de 30 de julio de 1999, por la que se convoca prueba selectiva 1999 para iniciar los programas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y de Salud Mental en el año 2000.*

Advertidos errores en la Orden de 30 de julio de 1999, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» de fecha 3 de agosto, por la que se convoca la prueba selectiva 1999, para iniciar los programas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y de Salud Mental en el año 2000, se procede a efectuar las siguientes rectificaciones:

En el anexo II (unidades docentes de las especialidades de Enfermería de Salud Mental, total de plazas acreditadas y ofertadas a adjudicar en la convocatoria 1999-2000, distribuidas por Comunidades Autónomas, unidades docentes y sectores), página 28823:

Donde dice: «Instituto Psiquiátrico “José Germán”», debe decir: «Instituto Psiquiátrico “José Germain”».

En el anexo IV (relación de unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad de Enfermería de Salud Mental e instituciones que las integran, por Comunidades Autónomas), página 28829:

Donde dice: «Unidad docente de Girona-Institut d'Assitencia Saniaria-Xarxa de Salut Mental», debe decir: «Unidad Docente de Girona-Institut d'Assitencia Sanitaria-Xarxa de Salut Mental».

En el anexo VIII (modelo 750 de «Solicitud de admisión a pruebas selectivas y liquidación de tasa de derechos de examen»), se publican las hojas destinadas a la Administración II y al interesado.



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

# SELLO DEL REGISTRO DE ENTRADA

Modelo

# 750

Pruebas selectivas de acceso a Formación Sanitaria Especializada  
Solicitud de admisión a Pruebas Selectivas y liquidación de tasa de derechos de examen

**CENTRO GESTOR: SUBSECRETARÍA DE SANIDAD Y CONSUMO**

CÓDIGO **26001**

**TASA: Derechos de examen**

CÓDIGO **26020**

Año de convocatoria (2).....

N.º DE JUSTIFICANTE

**750020128551 6**

N.I.F./D.N.I./PASAPORTE/T. RESIDENTE		Apellidos y nombre o Razón Social del obligado al pago					
Calle, Plaza, Avda.	Nombre de la vía pública	Número	Esc.	Piso	Puerta	Teléfono	
Municipio		Provincia				Código postal (3)	

Nacionalidad (4)  Sexo (5)  Estado civil (6)  Fecha y Provincia de Nacimiento (7)  Expediente n.º

Indique la localidad donde desea realizar el ejercicio

Titulación en (1)  M Medicina y Cirugía  F Farmacia  Q Químicas  B Biológicas  P Psicología  R Radiofísica H.  E Enfermería

Para Radiofísica H.: Título de (8)  Año en que comenzó la carrera  Año en que terminó la carrera

Universidad que expidió el título de licenciado/diplomado (9)

**EXPERIENCIA ACADÉMICA**

**I. LICENCIATURA** A  N  S  MH  **II. DOCTORADO**  **III. TESIS DOCTORAL**

**I. EXPEDIENTE ACADÉMICO** A  N  S  MH  **II. MERITOS PROFESIONALES** A. ASISTENCIALES  B. DOCENTES

¿Cuántas veces se presentó anteriormente a la prueba selectiva?  ¿Está cursando alguna especialidad o especialización? SI  NO  Para especialistas médicos: opción previa de Especialidad (10)

El abajo firmante solicita ser admitido a la prueba selectiva a la que se refiere la presente instancia; declara ser ciertos todos y cada uno de los datos personales consignados en la misma, reunir las condiciones exigidas para tomar parte en la prueba selectiva para iniciar la formación de ..... y las expresamente señaladas en la orden de convocatoria. Los datos de carácter personal que se contienen en la presente instancia sólo podrán ser utilizados para fines previstos en la correspondiente Convocatoria o para su tratamiento automatizado con fines estadísticos. La utilización de tales datos contará con las garantías previstas en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

Estado de inscripción  A Admitido  C Admitido condicional  N No admitido

1  2  3  4  5  6  7  8  9

Fecha: ..... Ingreso efectuado a favor del TESORO PÚBLICO cuenta restringida de la A.E.A.T. para la Recaudación de TASAS

Firma del declarante o representante: ..... Importe (11): \$

(Este documento no será válido sin la certificación mecánica o, en su defecto, firma autorizada)

**Ejemplar para la Administración II**



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

# SELLO DEL REGISTRO DE ENTRADA

Modelo

# 750

Pruebas selectivas de acceso a Formación Sanitaria Especializada  
Solicitud de admisión a Pruebas Selectivas y liquidación de tasa de derechos de examen

**CENTRO GESTOR: SUBSECRETARÍA DE SANIDAD Y CONSUMO**

CÓDIGO **26001**

**TASA Derechos de examen**

CÓDIGO **26020**

Año de convocatoria (2).....

N.º DE JUSTIFICANTE

**750020128551 6**

N.I.F./D.N.I./PASAPORTE/T. RESIDENTE		Apellidos y nombre o Razón Social del obligado al pago					
Calle, Plaza, Avda.	Nombre de la vía pública	Número	Esc.	Piso	Puerta	Teléfono	
Municipio	Provincia	Código postal (3)					

AUTOLIQUIDACIÓN	Nacionalidad (4)	Sexo (5)	Estado civil (6)	Fecha y Provincia de Nacimiento (7)	Expediente n.º	
	Indique la localidad donde desea realizar el ejercicio					
	Titulación en (1) <input type="checkbox"/> M Medicina y Cirugía <input type="checkbox"/> F Farmacia <input type="checkbox"/> Q Químicas <input type="checkbox"/> B Biológicas <input type="checkbox"/> P Psicología <input type="checkbox"/> R Radiofísica H. <input type="checkbox"/> E Enfermería					
	Para Radiofísica H. Título de (8)					
	Universidad que expidió el título de licenciado/diplomado (9)					
	<b>LICENCIADOS</b>					
	I. LICENCIATURA					
	II. DOCTORADO <input type="checkbox"/> III. TESIS DOCTORAL <input type="checkbox"/>					
	<b>DIPLOMADOS</b>					
	I. EXPEDIENTE ACADÉMICO					
II. MERITOS PROFESIONALES						
A. ASISTENCIALES <input type="checkbox"/> B. DOCENTES <input type="checkbox"/>						
¿Cuántas veces se presentó anteriormente a la prueba selectiva? <input type="text"/>						
¿Está cursando alguna especialidad o especialización? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Para especialistas médicos: opción previa de Especialidad (10) Especialidad elegida <input type="text"/>						
El abajo firmante solicita ser admitido a la prueba selectiva a la que se refiere la presente instancia; declara ser ciertos todos y cada uno de los datos personales consignados en la misma, reunir las condiciones exigidas para tomar parte en la prueba selectiva para iniciar la formación de ..... y las expresamente señaladas en la orden de convocatoria.						
Los datos de carácter personal que se contienen en la presente instancia sólo podrán ser utilizados para fines previstos en la correspondiente Convocatoria o para su tratamiento automatizado con fines estadísticos. La utilización de tales datos contará con las garantías previstas en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.						
Admitido <input type="checkbox"/> Admitido condicional <input type="checkbox"/> No admitido <input type="checkbox"/>						
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>						
Ilmo. Sr. ....						

**SUJETO PASIVO**

Fecha: .....

Firma del declarante o representante: .....

**INGRESO**

Ingreso efectuado a favor del TESORO PÚBLICO cuenta restringida de la A.E.A.T. para la Recaudación de TASAS

Importe (11):

(Este documento no será válido sin la certificación mecánica o, en su defecto, firma autorizada)

**Ejemplar para el interesado**