

16904 *CORRECCIÓN de errores de la Orden de 30 de julio de 1999 por la que se aprueba la convocatoria específica de prueba selectiva 1999, para acceder en el año 2000 a plazas en formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, según lo previsto en el artículo 2 del Real Decreto 931/1995, de 9 de junio.*

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 aprueba la convocatoria específica de prueba selectiva 1999, para acceder en el año 2000 a plazas en formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, según lo previsto en el artículo 2 del Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, se procede a efectuar las siguientes rectificaciones:

En el anexo I (catálogo relativo a las plazas acreditadas de Medicina Familiar y Comunitaria, con expresión de las que se oferta en la convocatoria específica 1999):

Página 28844. Unidad docente de Córdoba. Zona II. Área Campiña (código 140072): En la relación de centros de salud falta por incluir el de «Rute».

Página 28845. Unidad docente de Málaga. Zona I (código 290071): En la relación de centros de salud debe sustituirse el que figura como «Palma de Mallorca», por «Palma Palmilla».

Página 28850. Unidad docente de Múrcia de Terrassa (código 080096): En la relación de centros de salud, en vez de «ABS Rubí», debe figurar «ABS Rubí I».

Página 28850. Unidad docente de Mérida (código 060072): En la columna de oferta figuran 40 plazas, y deben figurar 10 plazas.

Página 28851. Unidad docente de Lugo (código 270071): En la relación de centros de salud figura «Fingón», y debe figurar «Fingoi».

Página 28851. Unidad docente de Ourense (código 320071): En la relación de centros de salud figura «Nova Santos», y debe figurar «Novoa Santos».

Página 28855. Unidad docente de Valencia. Área 7 (código 460079): En la columna de oferta figuran 8 plazas, y deben figurar seis plazas.

En el anexo II (relación de aspirantes a los que se adjudicará plaza reservada en las anteriores convocatorias específicas, según Resolución de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, salvo renuncia expresa a las mismas), página 28856:

La reserva de plaza que se adjudicará a Jurado Orellana, Juan Antonio, figura en la «Unidad docente de zona Puerto Real», y debe figurar en la «Unidad docente de Cádiz, zona Puerto Real».

La reserva de plaza que se adjudicará a Salinas Vega, Francisco Tomás, figura en la «Unidad docente de Sevilla, zona "Virgen del Valle"», y debe figurar en la «Unidad docente de Sevilla, zona "Virgen de Valme"».

La reserva de plaza que se adjudicará a De la Rica Escudín, David, habrá de adjudicarse a De la Rica Escudín, David.

El número del documento nacional de identidad de De Parada Dávalos, Diego, debe ser el 7.235.689-G.

La reserva de plaza que se adjudicará a Ginés Bragado, Xavier, figura en la «Unidad docente de Valladolid, zona Medina», y debe figurar en la «Unidad docente de Valladolid, zona Medina del Campo».

El número del documento nacional de identidad de Mas Mullor, Francisco, debe ser el 29.072.507-R.

En el anexo V (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

750020128550 0



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) <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Estado civil (6) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	Fecha y Provincia de Nacimiento (7)			Expediente n.º
			Día	Mes	Año	

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 199 Año en que terminó la carrera

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

AUTODIVULGACIÓN

EXPEDIENTE ACADÉMICO	I. LICENCIATURA				II. DOCTORADO		III. TESIS DOCTORAL	
	A	N	S	MH				
DIPLOMADOS	I. EXPEDIENTE ACADÉMICO				II. MERITOS PROFESIONALES			
	A	N	S	MH	A. ASISTENCIALES		B. DOCENTES	
¿Cuántas veces se presentó anteriormente a la prueba selectiva?		¿Está cursando alguna especialidad o especialización?		Para especialistas médicos: opción previa de Especialidad (10)				
		SI NO		Especialidad elegida				

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.

ENCAJE RESERVADO A LA ADMINISTRACIÓN	<input type="checkbox"/> A Admitido	<input type="checkbox"/> C Admitido condicional	<input type="checkbox"/> N No admitido					
	1	2	3	4	5	6	7	8

Ilmo. Sr.

SOLICITANTE

INGRESO

Fecha
Firma del declarante o representante

Ingreso efectuado a favor del TESORO PUBLICO 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 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
750020128550 0

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) <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Estado civil (6) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	Fecha y Provincia de Nacimiento (7) Día Mes Año	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)		Año en que comenzó la carrera	Año en que terminó la carrera	
LIQUIDADACIÓN				
EXPEDIENTE ACADÉMICO				
I. LICENCIATURA				
A	N	S	MH	II. DOCTORADO <input type="checkbox"/> III. TESIS DOCTORAL <input type="checkbox"/>
DIPLOMADOS				
I. EXPEDIENTE ACADÉMICO				
A	N	S	MH	II. MÉRITOS PROFESIONALES
A. ASISTENCIALES <input type="checkbox"/> B. DOCENTES <input type="checkbox"/>				
¿Cuántas veces se presentó anteriormente a la prueba selectiva?		¿Está cursando alguna especialidad o especialización?		Para especialistas médicos: opción previa de Especialidad (10)
<input type="text"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Especialidad elegida <input type="text"/>
El abado 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.				
<input type="checkbox"/> A Admitido <input type="checkbox"/> C Admitido condicional <input type="checkbox"/> N No admitido				
1 2 3 4 5 6 7 8 9				
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