

II. AUTORIDADES Y PERSONAL

B. Oposiciones y concursos

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

12696 *Resolución de 25 de noviembre de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por la que se publica la relación de aprobados de la categoría de Facultativos Especialistas de Área en Farmacia Hospitalaria, se establece el procedimiento de elección de plaza, y se abre el plazo de presentación de determinados documentos.*

La base octava de la Resolución de 19 de diciembre de 2008 («BOE» n.º 17 de 20 de enero de 2009), por la que se convoca proceso selectivo para acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Facultativos Especialistas de Área en Farmacia Hospitalaria de las Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, establece que el Tribunal elevará a la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la relación de personas aprobadas, con la finalidad de que la misma se haga pública en el «Boletín Oficial del Estado» y en la página web de la entidad gestora, estableciendo el procedimiento de elección de plaza y se abra el plazo de presentación de determinados documentos.

En su virtud, esta Dirección, resuelve:

Primero.

Hacer pública en el «Boletín Oficial del Estado» y en la página web de este Instituto, la relación de la persona aprobada, elevada por el tribunal calificador, como anexo I a esta resolución.

Segundo.

Establecer el procedimiento de elección de plaza. A estos efectos se publica como anexo II, el documento de petición de plaza, el cual deberá ser cumplimentado por la persona aprobada, solicitando la plaza, que figura en la convocatoria, disponiendo de un plazo de veinte días naturales, a contar desde el día siguiente al de la publicación de la presente resolución, para presentar dicho documento, ante la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en unión de la documentación que se especifica en el siguiente punto.

Tercero.

Esta persona deberá presentar ante el citado Instituto, en el plazo indicado, la siguiente documentación:

a) Original o fotocopia debidamente compulsada del título exigido para su participación en estas pruebas selectivas. En el caso de titulaciones obtenidas en el extranjero deberá presentarse la documentación acreditativa de su homologación.

Estará exento de su presentación, si ya hubiera acreditado la referida titulación, en la fase de concurso.

b) Declaración jurada o promesa de no haber sido separado, mediante expediente disciplinario, de cualquier Servicio de Salud o Administración Pública en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitada con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión. Las que no posean la nacionalidad española deberán presentar, además de la declaración relativa al Estado Español, declaración jurada o promesa de no estar sometida a sanción disciplinaria o condena penal que impida en su Estado el acceso a la función pública.

El modelo de este documento podrá obtenerse de la página web de esta Entidad (www.ingesa.msssi.es).

c) Declaración de acatamiento de la Constitución y del Estatuto de Autonomía correspondiente de Ceuta/Melilla, y del resto del Ordenamiento Jurídico.

Este documento podrá obtenerse de la página web de esta Entidad (www.ingesa.msssi.es).

d) Aquellas personas con discapacidad con grado igual o superior al 33 por 100, deberán acreditar tal condición mediante certificado actualizado acreditativo de su discapacidad, expedido por el órgano competente para expedir dichas certificaciones.

e) La capacidad funcional para el desempeño de la plaza se acreditará mediante certificación expedida por los Servicios Médicos de las Ciudades de Ceuta y Melilla, en el Centro que se determine, o por los Servicios Médicos de los Servicios de Salud. La toma de posesión quedará supeditada a la superación de este requisito.

Quienes ya ostenten la condición de personal fijo de las Administraciones Públicas o de los Servicios de Salud, estarán exentos de acreditar las condiciones y requisitos ya justificados para obtener su anterior nombramiento, debiendo presentar certificación del Organismo del que dependan acreditando su condición y demás circunstancias que consten en su expediente personal.

Si dentro del plazo fijado, y salvo casos de fuerza mayor, no se presentara la documentación o del examen de la misma se dedujera que carece de alguno de los requisitos señalados en la base segunda, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria dictará Resolución motivada en la que se declare la pérdida de los derechos que pudieran derivarse de su participación en el proceso selectivo. Esta resolución podrá ser impugnada en la forma establecida en la base undécima de esta convocatoria.

Cuarto.

Conforme con lo establecido en la base undécima de la convocatoria, contra esta resolución, podrá interponerse con carácter potestativo, recurso de reposición ante la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a su publicación, significándose que, en este caso, no se podrá interponer recurso contencioso-administrativo hasta que sea resuelto expresamente o se haya producido la desestimación presunta del mismo, o bien recurso contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses desde el día siguiente a su publicación, ante el Órgano Jurisdiccional competente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

Madrid, 25 de noviembre de 2013.–El Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, José Julián Díaz Melguizo.

ANEXO I

Categoría: Facultativos Especialistas de Área en Farmacia Hospitalaria

Aspirante aprobado por el orden de puntuación alcanzado

DNI	Apellidos y nombre	Puntuación final
26463135W	Chavernas Bustamante, Santiago	152,710

ANEXO II

DOCUMENTO DE PETICIÓN DE PLAZA

Categoría: _____

Apellidos y nombre: _____

DNI: _____

Teléfonos de contacto: _____

N.º de Orden	Atención Especializada/ Atención Primaria	Ciudad	CIAS	Centro de Salud

Fecha: _____

Firma