



CONSEJERIA DE SALUD

ANEXO III: HOJA AUTOBAREMACIÓN DE MÉRITOS (Anverso)

**PARTICIPACIÓN EN EL CONCURSO PÚBLICO PARA LA ADJUDICACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA**

Orden de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (BOJA nº \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_)

DATOS SOLICITANTE		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE	D.N.I.	

**A.- EXPERIENCIA PROFESIONAL (máximo 50 puntos)**

MÉRITOS	DOCUMENTOS ( nº .....)	AÑOS	MESES	PUNTOS
1 (5 puntos/año)				
2 (5 puntos/año)				
3 (4 puntos/año)				
4 (3 puntos/año)				
5 (3 puntos/año)				
6 (3 puntos/año)				
<b>TOTAL APDO. A</b>				

**B.- FORMACIÓN ACADÉMICA (máximo 35 puntos)**

MÉRITOS	CALIFICACIÓN	PUNTOS
1.- Expediente académico de la Licenciatura de Farmacia (Documento/s nº: _____ )	Nº M.H. .... X 5	
	Nº SOBRES.....X 4	
	Nº NOT..... X 3	
	Nº APR..... X 2	
	SUMA	
<b>TOTAL APARTADO B.1</b>		
6 X $\frac{\text{suma de puntos anteriores .....}}{\text{Nº asignaturas .....}}$		
2. Premio extraordinario de Licenciatura (Documento/s nº: _____ )		
3. Grado de Licenciatura o Diploma de Estudios Avanzados		
3.a.- Realizado en áreas de conocimiento de Farmacología, Farmacia y Tecnología,... (Documento/s nº: .....		
3.b.- Realizado en otras áreas sanitarias (Documento/s nº: .....		
4. Master Oficial		
4.a.- Realizado en áreas de conocimiento de Farmacología, Farmacia y Tecnología,... (Documento/s nº:.....		
4.b.- Realizado en otras áreas sanitarias (Documento/s nº: .....		
5. Doctorado		
5.a.- Realizado en áreas de conocimiento de Farmacología, Farmacia y Tecnología,... (Documento/s nº:.....		
5.b.- Realizado en otras áreas sanitarias (Documento/s nº: .....		
6. Especialidad		
6.a.- Farmacia Hospitalaria (Documento/s nº:.....		
6.b.- Otras especialidades (Documento/s nº:.....		
<b>TOTAL APDO. B</b>		

**C.- FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y OTROS MERITOS (máximo 15 puntos)**

MÉRITOS	PUNTOS
1. Cursos de formación continuada (máximo 8 puntos)	
1.a.- Acreditados (0,3 puntos por crédito) (Documento/s nº:.....	
1.b.- Anteriores al sistema de acreditación (0,3 por crédito o 10 horas) (Documento/s nº:.....	

**ANEXO III: HOJA AUTOBAREMACIÓN DE MÉRITOS (Reverso)**

**C.- FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y OTROS MERITOS (máximo 15 puntos)**

2. Publicaciones y ponencias (máximo 5 puntos)		
2.a.- Libros (Documento/s nº:.....)		
2.b.- Artículos en revistas especializadas (Documento/s nº: .....		
2.c.- Ponencias, poster o comunicaciones (Documento/s nº:.....)		
3.- Docencia en prácticas tuteladas (máximo 6 puntos) (Documento/s nº: )		
<b>TOTAL APDO. C</b>		

<b>SUMA APARTADOS A + B + C</b>		
<b>INCREMENTO DEL 10% (POR DESEMPLEO)</b>		
<b>TOTAL AUTOBAREMACIÓN INDIVIDUAL</b>		

<b>PARA CASOS DE SOLICITUD CONJUNTA (rellenar en todas las autobaremaciones individuales)</b>	
TOTAL AUTOBAREMACION INDIVIDUAL SOLICITANTE 1º	
TOTAL AUTOBAREMACION INDIVIDUAL SOLICITANTE 2º	
TOTAL AUTOBAREMACION INDIVIDUAL SOLICITANTE 3º	
TOTAL AUTOBAREMACION INDIVIDUAL SOLICITANTE 4º	
<b>AUTOBAREMACIÓN DE SOLICITUD CONJUNTA</b>	

<p><b>DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b></p> <p>El/La abajo firmante declara que son ciertos los datos consignados en esta hoja de autobaremación y los documentos que los acreditan, comprometiéndose a aportar cualquier prueba adicional que a tal efecto fuera necesaria.</p> <p align="center">En .....a ..... de ..... de.....</p> <p align="center">EL/LA SOLICITANTE</p> <p align="center">Fdo.:.....</p>
--

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

*En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, la Consejería de Salud le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/formulario/impreso, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Así mismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del concurso público para la adjudicación de oficinas de farmacia.*