

ESKABIDEA / SOLICITUD ---- ERIZAINA / ENFERMERO/A

**ORDEZKAPEN ETA GORABEHRETARAKO ZERRENDIA ESPEZIFIKOAK /
LISTAS ESPECÍFICAS PARA SUSTITUCIONES Y EVENTUALIDADES**

Izena eta abizenak / Nombre y Apellidos	
Helbidea / Dirección	
Herria / Localidad	Posta kodea / Código Postal
Probintzia / Provincia	
Harremanetarako telefonoa / Teléfono de contacto	

- **Markatutako arloan gutxienez hiru hilabetez lan egin dudala egiaztatzen duen ziurtagiria aurkeztu dut. (eskabide honekin batera aurkeztu behar duzu) /** Presento certificado que acredita servicios prestados por un mínimo de tres meses en el área de (deberá adjuntarlo a esta solicitud):

Marka ezazu X batekin aurketu dituzun espezialitate-tituluak /
Marque con un aspa (X) el área o áreas en el que presenta certificado

<input type="checkbox"/>	Hospitalización a Domicilio / Hospitalización a Domicilio
<input type="checkbox"/>	Endoscopia Digestiva / Endoscopia Digestiva
<input type="checkbox"/>	Hospital de Día Oncológico / Hospital de Día Oncológico

- **Bilbo-Basurto ESik edota Osakidetzako beste Zentro batek honako arlo hauetan emandako prestakuntza-ikastaro teoriko-praktikoak egin ditudala egiaztatzen duten ziurtagiriak aurkeztu ditut (eskabide honekin batera aurkeztu behar duzu)**

Presento justificante de haber realizado los cursos de formación teórico-prácticos ofertados por la OSI Bilbao-Basurto u otro centro de Osakidetza en las siguientes áreas (deberá adjuntarlo a esta solicitud):

Markatu X batekin ziurtagiria aurkeztu duzun arlo edo arloak
Marque con un aspa (X) el área o áreas en el que presenta justificante

<input type="checkbox"/>	Hospitalización a Domicilio / Hospitalización a Domicilio
<input type="checkbox"/>	Endoscopia Digestiva / Endoscopia Digestiva
<input type="checkbox"/>	Hospital de Día Oncológico / Hospital de Día Oncológico

- **Bilbo-Basurto ESik honako zerbitzu honi/hauei buruzko graduatuondoko informazioa eman diezadan nahi dut**

Deseo que la OSI Bilbao-Basurto me facilite la formación post-grado en el/los siguiente/s servicio/s

Markatu X batekin prestakuntza jaso nahi duzun arlo edo arloak
Marque con un aspa (X) el/las área/s en que desea recibir formación

<input type="checkbox"/>	Hospitalización a Domicilio / Hospitalización a Domicilio
<input type="checkbox"/>	Endoscopia Digestiva / Endoscopia Digestiva
<input type="checkbox"/>	Hospital de Día Oncológico / Hospital de Día Oncológico