

**2132** *CORRECCION de errores de la Resolución de 11 de julio de 2005, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se publica la convocatoria para la cobertura temporal de plazas estatutarias de Personal licenciado sanitario, odonto-estomatólogo de Atención Primaria de los centros sanitarios dependientes del Servicio Aragonés de Salud.*

Advertidos errores en la Resolución de referencia, publicada en el «Boletín Oficial de Aragón» número 87 de 20 de julio de 2005, se procede a remitir los nuevos textos a insertar para efectuar las oportunas rectificaciones:

«Boletín Oficial de Aragón» 87 de 20-7-2005:

Departamento de Salud y Consumo.—Resolución de 11 de julio de 2005, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se publica la convocatoria para la cobertura temporal de plazas estatutarias de Personal licenciado

sanitario, odonto-estomatólogo de Atención Primaria de los centros sanitarios dependientes del Servicio Aragonés de Salud.

En la página 9329.—Anexo I Licenciados Sanitarios. Odontostomatólogos de Atención Primaria, debe sustituirse dicho Anexo I por el que se adjunta como anexo a la presente corrección.

En la página 9332.—Anexo III.-Centros y/o localidades que pueden solicitarse.—Licenciados sanitarios. Odontólogos, debe sustituirse el Anexo III por el que ahora se adjunta como anexo a la presente corrección.

Se abre un plazo de quince días a contar a partir del siguiente a la publicación de la presente corrección de errores, al objeto de que los participantes en esta convocatoria puedan presentar este nuevo Anexo I, sustituyendo en su caso los ya presentados.

Zaragoza, a 11 de agosto de 2005.

**ANEXO I**

**LICENCIADOS SANITARIOS: ODONTO/ESTOMATOLOGOS DE AREA DE ATENCION PRIMARIA**

<b>D.N.I/N.I.F</b>	<b>Apellido 1</b>	<b>Apellido 2</b>	<b>Nombre</b>
<b>Domicilio</b>		<b>Cod. Postal</b>	<b>Provincia</b>
<b>Localidad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Teléfono</b>	

Solicita ser admitida/o al proceso de baremación para cubrir vinculaciones temporales en los Centros que se indican:

<b>SECTOR HUESCA</b>	<b>SECTOR TERUEL</b>	<b>SECTOR ZARAGOZA I</b>	<b>SECTOR ZARAGOZA II</b>
Jornada Completa	Jornada Completa	Jornada Completa	Jornada Completa
Jornada reducida	Jornada reducida	Jornada reducida	Jornada reducida

<b>SECTOR BARBASTRO</b>	<b>SECTOR ALCAÑIZ</b>	<b>SECTOR CALATAYUD</b>	<b>SECTOR ZARAGOZA III</b>
Jornada Completa	Jornada Completa	Jornada Completa	Jornada Completa
Jornada reducida	Jornada reducida	Jornada reducida	Jornada reducida

Si ha superado alguna fase de oposición del SISTEMA NACIONAL DE SALUD en la categoría solicitada desde el 1-1-95, indique Si ..... fecha de convocatoria ..... y, en su caso, fecha de publicación en el Boletín Oficial correspondiente .....

Si padece alguna minusvalía o discapacidad igual o superior al 33%

El/la firmante adjunta los siguientes documentos acreditativos de requisitos y méritos y declara bajo su responsabilidad que son ciertos todos los datos consignados

..... a ..... de .....  
Firma

**SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**

