**ANEXO II**

**SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL PROCESO DE SELECCIÓN**

**TÉCNICO TITULADO SUPERIOR (INVESTIGADOR POSTDOCTORAL FARMACOGENÉTICA CLÍNICA)** convocada por el SES en el marco del Proyecto MedeA a **jornada parcial del 50%**.

**DATOS PERSONALES**

Teléfono:

e-mail:

Domicilio:

Localidad:

Fecha de nacimiento:

Minusvalía:

**TITULACION ACADÉMICA EXIGIDA**:

DOCTORADO ESPECIALIDAD: UNIVERSIDAD/CENTRO:

MES/AÑO INICIO:

OTRAS TITULACIONES:

ESPECIALIDAD: UNIVERSIDAD/CENTRO:

MES/AÑO INICIO:

**OTROS ESTUDIOS Y FORMACIÓN COMPLEMENTARIA/CURSOS:**

Máster (Especialidad/centro, año de finalización):

Postgrado (Especialidad/centro, año de finalización):

Formación relacionada con la especialidad de la plaza (Título, duración (h), centro, fecha).

**EXPERIENCIA PROFESIONAL RELACIONADA**:

1) Experiencia laboral en equipos de proyectos de investigación y desarrollo e innovación en el ámbito clínico, de desarrollo de metodologías analíticas, farmacogenómica y medicina personaliza y de precisión.

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del proyecto:** |  |
| **Entidad financiadora y Programa:** |  | **Referencia de la concesión:** |
| **Importe concedido:** | € | **Investigador Principal y equipo:** |
| **Duración:** | **Desde** **hasta**  |
| **Abstract:**  |

\*Duplicar el cuadro tantas veces como sea necesario (Adjuntar certificados de participación y vida laboral).

2) Experiencia laboral en proyectos de Compra Pública Innovadora.

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del proyecto:** |  |
| **Entidad financiadora y Programa:** |  | **Referencia de la concesión y entidad promotora:** |
| **Abstract:**  |

\*Duplicar el cuadro tantas veces como sea necesario (Adjuntar certificados de participación).

3) Experiencia postdoctoral en el extranjero (acreditar mediante contrato, concesión de beca o certificado de la entidad).

4) Relación de publicaciones científicas indexadas relacionadas con farmacogenómica, medicina personalizada, técnicas analíticas y del ámbito clínico (acreditar mediante copia de la publicación o certificado de autores).

**OTRAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES RELACIONADAS**:

Nombre de la entidad

Fecha de ingreso (indicar mes y año):

Fecha de salida (indicar mes y año):

Funciones básicas**:**

\*Duplicar cuantas veces como sea necesario (Acreditar con contratos o certificados de empresa y vida laboral).

El abajo firmante declara que todos los datos consignados en este cuestionario son ciertos. La falsedad de datos facilitados por el solicitante dará lugar a su exclusión automática de la Convocatoria. Por tanto, el solicitante se responsabiliza de la veracidad y exactitud de los datos personales facilitados en el Modelo de Solicitud y autoriza el tratamiento de los mismos por parte del Servicio Extremeño de Salud.

Fecha:

Firmado: ………………………………………………..

EL/LA SOLICITANTE: