# ANEXO VALORACIÓN DE MÉRITOS Y DECLARACIÓN RESPONSABLE

# OFERTA 68/2025

• DNI o NIE del/a candidato/a:

## REQUISITOS MÍNIMOS (obligatorios para pasar a la segunda fase)

Por favor, marque con una X y complete la información correspondiente:
**1. Licenciatura o Grado en Ciencias de la Vida o de la Salud** [ ]

- Titulación:

- Fecha de obtención del título o fecha de pago de tasas para su expedición:

**2. Certificado de Buenas Prácticas Clínicas (GCP)** [ ]
 - Organismo emisor:
 - Fecha de emisión:

**3. Nivel de inglés acreditado o autodeclarado:**

**-** Medio B1 [ ]

**-** Medio-alto B2 [ ]

**-** Avanzado C1 [ ]

**-** Experto C2 [ ]

- En caso de estar acreditado indicar la entidad oficial de acreditación:

## CRITERIOS A VALORAR

1**. Experiencia profesional relacionada con las funciones del puesto (máx. 30 puntos)**
Indique el número de meses y el lugar y año exacto de la experiencia en las siguientes áreas, diferenciando si dicha experiencia ha sido con contrato laboral o a nivel de prácticas o desarrollo de un TFG o TFM:

• Investigación clínica:
 - Experiencia con contrato laboral (nº de meses y lugar):
 - Experiencia en prácticas o desarrollo de TFG o TFM ((nº de meses y lugar):

• Investigación clínica con pacientes, coordinación y/o monitorización de ensayos clínicos:
- Experiencia con contrato laboral (nº de meses y lugar):
 Experiencia en prácticas o desarrollo de TFG o TFM ((nº de meses y lugar):

• Procesamiento/manejo de muestras biológicas:
- Experiencia con contrato laboral (nº de meses y lugar):
 - Experiencia en prácticas o desarrollo de TFG o TFM ((nº de meses y lugar):

**2. Formación complementaria relacionada con el puesto (máx. 20 puntos)**
Indique cursos de formación, másteres u otra formación relevante: (añadir tantas líneas a la tabla como sea necesario):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título acción formativa** | **Entidad que la imparte** | **Fecha fin de la acción formativa** | **Nº de horas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. Herramientas informáticas (máx. 10 puntos)**
Describa su nivel y experiencia en el manejo de herramientas informáticas: (añadir tantas líneas a la tabla como sea necesario):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herramientas/aplicaciones** | **Nivel (indicar básico, medio, avanzado)** | **Título de la acción formativa recibida (en su caso)** | **Nº de horas** |
| Ofimática |  |  |  |
| Bases de datos clínicas |  |  |  |
| Programas estadísticos |  |  |  |

## DOCUMENTACIÓN ADJUNTA OBLIGATORIA

Por favor, marque los documentos que adjunta a esta plantilla:

-CV actualizado y firmado [ ]
-Título universitario de Licenciatura o Grado [ ]

- Certificado GCP [ ]
- Informe de vida laboral [ ]
- Título de inglés [ ]

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro responsablemente que:

1º Que los datos e información consignados en la solicitud de empleo, documentación presentada son veraces, y me comprometo a probar documentalmente los mismos cuando así se me solicite.

 2º Que la documentación que aporto es copia fiel de los documentos originales.

3º Que conozco que la falta de veracidad de la información o el falseamiento de la documentación requerida para la evaluación de mi candidatura comporta la expulsión automática del proceso selectivo, sin perjuicio de la responsabilidad que de tal circunstancia pudiera derivar.

4º Que poseo todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- Soy mayor de 16 años y no supero edad máxima de jubilación.

- Tengo Nacionalidad o Permiso de trabajo requerido.

- No estoy incurso/a en causa de incompatibilidad alguna.

- No estoy inhabilitado/a por sentencia firme para ejercer las funciones del puesto al cual aspiro. - Poseo las capacidades y aptitudes físicas y psíquicas que son necesarias para el desempeño de las correspondientes funciones o tareas del puesto al cual aspiro

Fecha:

Firma: