|  |  |
| --- | --- |
|  | **COMISIÓN EUROPEA** |

**Formulario de candidatura**

**SELECCIÓN DE AGENTES TEMPORALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º de selección** | **COM/TA/HR/2023/PSYCHIATRIST/AD9/BRUSSELS** |

|  |
| --- |
| **SE DEBERÁ CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA COMPLETO. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN PODRÁ DAR LUGAR A LA DESESTIMACIÓN DE SU CANDIDATURA.**  **LOS CANDIDATOS PUEDEN CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA EN SU LENGUA 1, ELEGIDA ENTRE CUALQUIERA DE LAS VEINTICUATRO LENGUAS OFICIALES DE LA UNIÓN EUROPEA, EXCEPTO EL PUNTO 10, QUE DEBE CUMPLIMENTARSE EN LA LENGUA 2.**  **LOS CANDIDATOS DEBEN TENER EN CUENTA QUE ACCEDERÁN A TODAS LAS SECCIONES DE SU FORMULARIO DE CANDIDATURA EL TRIBUNAL DE SELECCIÓN (DURANTE LA SELECCIÓN) Y LOS SERVICIOS DE RECURSOS HUMANOS DE LA COMISIÓN EUROPEA (PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS CANDIDATOS SELECCIONADOS), QUE TRABAJAN EN UN NÚMERO LIMITADO DE LENGUAS VEHICULARES.**  **EN CASO DE QUE SU CANDIDATURA SEA SELECCIONADA Y PASEN A FIGURAR EN LA LISTA DE RESERVA, SE LES SOLICITARÁ QUE, SI HAN UTILIZADO OTRA LENGUA PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA, FACILITEN A LOS SERVICIOS DE CONTRATACIÓN UNA TRADUCCIÓN DEL MISMO AL INGLÉS.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1**. | **Apellido(s)** | **Apellido(s) de soltera (si procede)** | **Nombre(s)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Dirección**  **(todo cambio deberá comunicarse lo antes posible)** | **Correo electrónico** |  |
|  |  | **Tel. profesional** |  |
|  |  | **Tel. privado** |  |
|  |  | **Tel. móvil** |  |
|  |  |  |  |
|  | **Nombre y número de teléfono de una persona de contacto en caso de que usted no esté disponible** | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3**. | **Lugar y país de nacimiento** | **Fecha de nacimiento**  **(dd/mm/aa)** | **NACIONALIDAD actual (en caso de doble nacionalidad, indique las dos)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Género** |  | **M** |  | **F** |  |  | **A CARGO DE OTROS SECTORES** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **5. Lugar de destino: Bruselas (BE)**  **6. Conocimientos lingüísticos** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [***Lenguas***](https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168045bb53) | ***L1(\*):*** | | | | ***L2(\*):*** | | | | | ***L3(\*):*** | | | | | ***L4(\*):*** | | | | |
|  | **Comprensión escrita** | **Expresión escrita** | **Comprensión oral** | **Expresión oral** | | **Comprensión escrita** | **Expresión escrita** | **Comprensión oral** | **Expresión oral** | | **Comprensión escrita** | **Expresión escrita** | **Comprensión oral** | **Expresión oral** | | **Comprensión escrita** | **Expresión escrita** | **Comprensión oral** | **Expresión oral** |
| **C2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **C1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **B2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **B1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **A2** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **A1** |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |

*\** ***Por favor, indique el nombre de la lengua***

|  |  |
| --- | --- |
| **Otras lenguas:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Enseñanza universitaria** |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y lugar de establecimiento**  **(localidad, país)** | **Certificado o título obtenido** | **Fecha en la que obtuvo el título**  **(día, mes, año)** | **Ciclo completo de estudios sí/no** | **Duración normal del ciclo completo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Añada líneas si es necesario.*

|  |
| --- |
| **8. Formación general, especialización y perfeccionamiento** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y lugar de establecimiento**  **(localidad, país)** | **Certificado o título obtenido** | **Fecha en la que obtuvo el título**  **(día, mes, año)** | **Ciclo completo de estudios sí/no** | **Duración normal del ciclo completo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Añada líneas si es necesario*.

|  |
| --- |
| **9. Experiencia profesional**  **9.1. ¿Tiene al menos diez años de experiencia profesional (adquirida después del título en medicina)? Indique, en orden cronológico, comenzando por su puesto actual, todos los puestos que ha ocupado y las funciones que ha desempeñado.** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo** | **Nombre y dirección del empleador** | **Grado de ocupación[[1]](#footnote-1)** | **Desde**  **(día, mes, año)** | **Hasta**  **(día, mes, año)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Añada líneas si es necesario.*

**10. Criterios de preselección:**

**Describa su experiencia profesional y su relación con los siguientes criterios de preselección establecidos en la sección 5.2. de la convocatoria de manifestaciones de interés.**

10.1. ¿Tiene usted al menos cinco años de experiencia profesional (adquirida tras la obtención del título en una especialidad médica) en psiquiatría?

No

Sí

En caso afirmativo, indique:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naturaleza y descripción de las funciones** | **Empleador** | **Grado de ocupación** | **Desde**  **(día, mes, año)** | **Hasta**  **(día, mes, año)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Añada líneas si es necesario.*

10.2. ¿Tiene una experiencia profesional de una duración mínima de tres años en un entorno internacional/multicultural en una de las siguientes especialidades: medicina del trabajo, medicina general, medicina interna, medicina de urgencias, medicina tropical, infecciología, reanimación y cuidados intensivos, control médico de las bajas laborales por enfermedad, salud pública, psiquiatría, pericia médica y medicina de seguros?

No

Sí

En caso afirmativo, indique:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naturaleza y descripción de las funciones** | **Empleador** | **Grado de ocupación** | **Desde**  **(día, mes, año)** | **Hasta**  **(día, mes, año)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Añada líneas si es necesario.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11**. | **¿Tiene alguna discapacidad física que requiera adaptaciones especiales para realizar las pruebas?** | |
|  | **Sí** | **No** |
|  | **En caso afirmativo, facilite detalles e indique la naturaleza de las adaptaciones especiales que considere necesarias**. | |

**DECLARACIÓN**

El/La abajo firmante declara lo siguiente:

a) Ser ciudadano/a de uno de los Estados miembros de la Unión Europea.

b) Estar en plena posesión de sus derechos como ciudadano/a.

c) Encontrarse en situación regular respecto de la legislación aplicable en materia de servicio militar.

d) Ofrecer las garantías de moralidad requeridas para el ejercicio de las funciones.

e) La información facilitada anteriormente y en los anexos es auténtica y completa.

Soy consciente de que debo presentar los justificantes que confirmen la información contenida en mi expediente de candidatura.

Soy consciente de que toda declaración falsa puede invalidar mi expediente de candidatura o, en su caso, dar lugar a la resolución del contrato con arreglo a lo dispuesto en el artículo 50 del Régimen aplicable a los otros agentes de la Unión Europea[[2]](#footnote-2).

(Fecha) (Nombre y firma)

POR FAVOR FIRME EL DOCUMENTO Y GUÁRDELO EN FORMATO PDF ANTES DE ADJUNTARLO AL EXPEDIENTE DE SOLICITUD COMPLETO.

1. Es decir: a tiempo completo, a tiempo parcial, etc. [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:01962R0031-20200101&qid=1579010653487&from=ES>

   [↑](#footnote-ref-2)