



## INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA

### ANUNCIO

En relación con la convocatoria pública para la cobertura de **cuatro (4) plazas de Fisioterapeuta, Grupo A2**, las cuales se proveerán por el turno de acceso, mediante el sistema de concurso-oposición, vacantes en la plantilla del Personal Laboral del Organismo Autónomo Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria, incluidas en la Oferta de Empleo Público del Instituto del año 2017, así como la configuración de una lista de reserva, se ha aprobado por Decreto de la Presidencia del IASS número 865, de 14 de junio de 2021, la **relación definitiva de aspirantes admitidos/as y excluidos/as**, publicada en el Boletín Oficial de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife número 76, de 25 de junio de 2021, publicándose para conocimiento general a través del presente anuncio la **relación nominal de aspirantes admitidos/as y excluidos/as**, como se indica a continuación, significándoles que, atendiendo a lo dispuesto en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, en su Disposición adicional séptima “Identificación de los interesados en las notificaciones por medio de anuncios y publicaciones de actos administrativos”**, los datos contenidos en la columna del D.N.I. obedecen a cuatro cifras numéricas aleatorias del mismo, de cada uno de los aspirantes, siguiendo las indicaciones de la citada disposición.

#### ASPIRANTES ADMITIDOS/AS:

DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	ACCESO
****3895T	AFONSO ALVAREZ, RAQUEL	A.L.
***5*239F	ALONSO HERRERA, MONICA	A.L.
***06*67Q	ARVELO ROSALES, MARIA NATALIA	A.L.
***3202*T	AYALA PEREZ, ELENA DE LOS REYES	A.L.
**3*9*95R	CAÑADAS SARABIA, JOSE MANUEL	A.L.
**5*00*9C	CARVAJAL PEREZ, BELEN	A.L.
**6*286*L	CASTRO ESTEVEZ, YAPCI	A.L.
**57**49A	COSTA ALVAREZ, PATRICIA	A.L.
**90*2*1C	DAVERI, FRANCESCO	A.L.
**56*80*S	DE LA ROSA RODENAS, IRIS	A.L.
**064**1K	DEL JESUS ARROCHA, KAREN	A.L.
**040*5*W	DIAZ EXPOSITO, PABLO RAUL	A.L.
**5613**P	DIAZ GONZALEZ, SHAILA MARIA	A.L.
*4***022B	DIAZ MENDEZ, NIRA	A.L.
*8**3*26V	DORTA MARTIN, GARA MONTSERRAT	A.L.



Esta es una copia impresa del documento electrónico. El documento está FIRMADO. Mediante el código de verificación puede comprobar la validez de la firma electrónica de los documentos firmados en la dirección web: <https://www.iass.es/verificador>

DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	ACCESO
*8**35*2V	EXPOSITO RODRIGUEZ, YVONNE	A.L.
*3**242*C	FELIPE DIAZ, YOLANDA	A.L.
*2*9**12R	FRANCISCO FRANCISCO, JOSE ANTONIO	A.L.
*2*6*9*8J	GALLIAZZI CAVALHEIRO, LORENA SESI	A.L.
*4*4*08*Y	GARCIA DE LA ROSA, ALICIA	A.L.
*9*65**4Y	GARCIA VERA, ALMUDENA	A.L.
*8*72*5*S	GONZALEZ MELIAN, NAYRA	A.L.
*8*270**B	GONZALEZ DE LA VALLINA, ANA ELIXABETE	A.L.
*86***52H	GONZALEZ HERNANDEZ, PABLO JOSE	A.L.
*33**5*6N	HERNANDEZ GONZALEZ, JOSE SALVADOR	A.L.
*86**64*C	HERNANDEZ GONZALEZ, VICTOR JOSE	A.L.
*40*6**9Y	HERNANDEZ GUTIERREZ, MONICA	A.L.
*86*3*7*X	HERNANDEZ MAMPOSO, DIANA	A.L.
*40*00**S	IBAÑEZ GUILLEN, JOSE TEODORO	A.L.
*336***1A	LUIS PEREZ, MARIA EUGENIA	A.L.
*545**4*G	MARRERO GARCIA, SORAYA	A.L.
*405*4**J	MELIAN GARCIA, CRISTINA	A.L.
*4724***H	MORENO RAMIREZ, BARINIA DEL PINO	A.L.
7***850J	PLASENCIA DIAZ, SARA ELENA	A.L.
7***8*92W	REYES GONZALEZ, BEATRIZ	A.L.
7***16*5D	RODRIGUEZ BENITEZ, RAQUEL	A.L.
5***244*W	RODRIGUEZ KHOURY, ALEJANDRO	A.L.
7**3**68X	RODRIGUEZ LORENZO, EVA	A.L.
7**5*8*2B	RUIZ RODRIGUEZ, ROSA GLORIA	A.L.
4**4*88*D	SOLER ARANZAZU, YUBISAY DEL VALLE	A.L.
7**86**3W	SUAREZ FRANQUIZ, CAROLINA MARIA	A.L.
4**27*0*A	TROYANO MARTINEZ, ALEJANDRA	A.L.
4**076**E	VIZUETE DOMINGUEZ, CRISTINA	A.L.
X*9***49X	ZOWAIN ARMAS, KIMBERLYN ALEXANDRA	A.L.

**ASPIRANTES EXCLUIDOS/AS:**

DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	MOTIVO/S DE EXCLUSIÓN	ACCESO
***035*8W	AVELINO BARBOSA, MARCIO JOSE	2	A.L.

DOCUMENTO Comunicación: <b>Anuncio WEB Rel Def Fisioterapeuta</b>	IDENTIFICADORES	
OTROS DATOS Código para validación: <b>3G4BU-ZONC9-J30K0</b> Página 3 de 4	FIRMAS El documento ha sido firmado por : 1.- MARIA ANA FRANQUET NAVARRO, Presidenta, de IASS.Firmado 25/06/2021 13:50	ESTADO <b>FIRMADO</b> 25/06/2021 13:50



DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	MOTIVO/S DE EXCLUSIÓN	ACCESO
**9**759E	BLANCO CARRANCIO, MARTA	3	A.L.

**MOTIVOS DE EXCLUSIÓN Y SUSCEPTIBILIDAD DE SUBSANACIÓN:**

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN	NUMERACIÓN
Presentar fotocopia del documento acreditativo de la <b>identidad</b> , conforme a la Base Cuarta, Apartado 1, de las Específicas de esta Convocatoria, <b>sin compulsar</b> .	2
Conforme a la Base Cuarta, Apartado 1, de las Específicas de esta Convocatoria, <b>no presentar Proyecto Técnico (NO SUBSANABLE)</b> .	3

El primer ejercicio de la Fase de Oposición, de carácter teórico/práctico, en los términos previstos en la Base 7ª, de las que rigen la presente convocatoria, se realizará el día **11 de septiembre de 2021 a las 10:00 horas**, en llamamiento único, en el Salón de Actos del Hospital Febles Campos, C/ Domingo J. Manrique, nº 2, 38006, Santa Cruz de Tenerife.

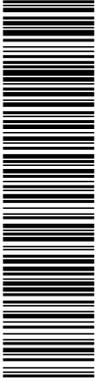
**El/La aspirante deberá asistir al ejercicio, provisto/a del DNI o equivalente y bolígrafo azul.**

Debido a la situación sanitaria actual nos vemos en la obligación de requerir, además de lo anterior, el **uso de la mascarilla quirúrgica, FFP2 o FFP3**, tanto en el interior como en el exterior de las instalaciones, en todo momento, salvo en los casos previstos en la normativa y acreditados por personal facultativo. Dichas mascarillas deberán usarse correctamente y encontrarse en perfecto estado. **No se admitirán mascarillas de tela.**

Además se deberá cumplir con las indicaciones que se describen a continuación:

- **Utilizar el gel desinfectante** existente en la entrada de las instalaciones donde se realizará la prueba y **entregar el documento que se adjunta a este anuncio debidamente cumplimentado y firmado.**
- **Mantener una distancia de seguridad de 1,5 a 2,0 metros** con el resto de los/las asistentes.
- **Seguir estrictamente las indicaciones** del personal de las instalaciones.
- Usar los baños siguiendo las pautas de uso marcadas en las instalaciones.
- **Utilizar el antebrazo al toser o estornudar.**
- **Utilizar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias** y depositarlos en los contenedores disponibles en las instalaciones.

DOCUMENTO Comunicación: <b>Anuncio WEB Rel Def Fisioterapeuta</b>	IDENTIFICADORES	
OTROS DATOS Código para validación: <b>3G4BU-ZONC9-J30K0</b> Página 4 de 4	FIRMAS El documento ha sido firmado por : 1.- MARIA ANA FRANQUET NAVARRO, Presidenta, de IASS.Firmado 25/06/2021 13:50	ESTADO <b>FIRMADO</b> 25/06/2021 13:50



Esta es una copia impresa del documento electrónico. El documento está FIRMADO. Mediante el código de verificación puede comprobar la validez de la firma electrónica de los documentos firmados en la dirección web: <https://www.iass.es/verificador>

- **No permanecer en pasillos y zonas comunes**, ni esperar a los/las compañeros/as en el interior de las instalaciones.
- **Acceder a las instalaciones sin acompañantes y con el material imprescindible** para el desarrollo de la prueba.

**Se tomará la temperatura a todos los asistentes en el momento de realización del llamamiento. Se impedirá el acceso a las instalaciones a las personas cuya temperatura sea superior a 37,5 grados. No obstante, antes de tomar esta medida y en caso de producirse esta circunstancia, se realizarán dos tomas de temperatura dejando pasar entre una y otra varios minutos.**

En Santa Cruz de Tenerife, a la fecha de la firma.

**La Presidenta del Organismo Autónomo I.A.S.S.**

**María Ana Franquet Navarro**



INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL  
Y SOCIOSANITARIA

## ANEXO I DECLARACIÓN RESPONSABLE COVID-19

**Convocatoria:** 4 Plazas de Fisioterapeuta, Grupo A2.

**CENTRO:** Hospital Febles Campos.

**FECHA:** 11 de septiembre de 2021.

El/La abajo firmante, participante en el proceso selectivo correspondiente a la Convocatoria Pública para la cobertura con carácter fijo de, de 4 plazas de Fisioterapeuta, Grupo A2, publicado en el Boletín Oficial de la Provincia, en fecha 27 de febrero de 2019, declara que, de acuerdo con el deber que le impone el artículo 4 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, así como las medidas preventivas acordadas por las autoridades sanitarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19:

- No presenta síntomas compatibles con la COVID-19. No se encuentra en período de aislamiento por habersele diagnosticado la enfermedad, ni está en período de cuarentena domiciliar por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de la COVID-19.
- Que, durante su permanencia en las instalaciones del Aulario en el que ha sido convocado, cumplirá con las instrucciones de seguridad relativas al COVID-19 que se relacionan a continuación, siendo ésta una relación de medidas preventivas no exhaustiva, que se completará, en su caso, con las indicaciones que aporte en cada momento el personal de la organización.

**El/La aspirante se compromete a:**

1. Utilizar el gel desinfectante existente en la entrada de las instalaciones donde se realizará la prueba y entregar el presente documento debidamente cumplimentado y firmado.
1. Utilizar en todo momento la mascarilla de seguridad (quirúrgica, FFP2 ó FFP3), salvo los casos previstos en la normativa, acreditados por personal facultativo, tanto en el interior como en el exterior de las instalaciones.
2. Mantener una distancia de seguridad de 1,5 a 2,0 metros con el resto de los/las asistentes.
3. Seguir estrictamente las indicaciones del personal de las instalaciones.
4. Usar los baños siguiendo las pautas de uso marcadas en las instalaciones.
5. Utilizar el antebrazo al toser o estornudar y tener presente que el virus se propaga tanto al toser y estornudar como a través de contacto directo.
6. Utilizar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias y depositarlos en los contenedores disponibles en aulas y baños.
7. No permanecer en pasillos y zonas comunes, ni esperar a los/las compañeros/as en el interior de las instalaciones.
8. Acceder a las instalaciones sin acompañantes y con el material imprescindible para el desarrollo de la prueba.

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**FIRMA:**

**NIF/NIE:**