



TURNO FIJO NOCTURNO 2020

NOTA INFORMATIVA

El plazo de solicitudes para el año 2020, queda establecido **entre el 2 de marzo y el 16 de marzo de 2020.**

Aquellos profesionales que ya hubieran presentado solicitud con anterioridad, tendrán que volver a presentar ésta en el plazo señalado, quedando sin efecto su anterior solicitud.

Los profesionales interesados en solicitar T.F.N. por conciliación de la vida familiar y laboral, deberán además efectuar su solicitud de conformidad al procedimiento que al efecto esta previsto. Quienes con anterioridad hayan formulado su solicitud por esta vía no será preciso que vuelvan a aportar la documentación acreditativa de sus circunstancias familiares, salvo que éstas hayan cambiado.

La efectividad del turno fijo nocturno será desde el día **1-4-20 hasta el día 31-3-21.**

Se adjunta en anexo la Oferta de Turnos Fijos de Noche correspondientes a 2020.

(Puede accederse al texto del Procedimiento de Turno Fijo Nocturno a través de la página WEB del Hospital, en la siguiente dirección: https://www.huvn.es/profesionales/recursos_humanos/guia_laboral)

OFERTA TURNO FIJO DE NOCHE 2020

HOSPITAL GENERAL

	ENFERMERAS	TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CARDIOLOGÍA	2	
CIRUGÍA CARDIACA	2	
CIRUGÍA GENERAL	2	
CIRUGÍA TORÁCICA	2	
DIGESTIVO	2	
HEMATOLOGÍA	1	1
HEMODIÁLISIS*	3	
MEDICINA INTERNA	2	2
NEFROLOGÍA	2	2
NEUMOLOGÍA	2	
REANIMACIÓN	3	1
UROLOGÍA	2	
UCI	9	10
URGENCIAS	6	4

* TURNOS DE MEDIAS NOCHES

HOSPITAL MATERNAL

	ENFERMERAS	TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
GINECOLOGÍA	1	
PARITORIO		1
NEONATOLOGÍA	4	2
PEDIATRÍA	1	1

HOSPITAL NEUROTRAUMATOLOGIA

	ENFERMERAS	TECNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
CIRUGIA PLÁSTICA	2	
UCI	6	4
URGENCIAS		2



ANEXO II
SOLICITUD TURNO FIJO NOCTURNO

Nombre y apellidos _____

D.N.L. _____

Telef. _____

e-mail: _____

Categoría
Profesional _____

Centro _____

Area de prestación de servicios _____

Fecha de prestación de servicios en el Área _____

Servicios prestados en el S.N.S. _____

(Los dos criterios anteriores se aplicarán con carácter excluyente)

Solicitud por conciliación de vida familiar y laboral: SI () NO ()

Marcar lo que proceda

Año para el que solicita el T.F.N. _____

Granada, a de de 2020

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES