|  |
| --- |
| **anexo ii** |
| **SOLICITUD DE renovación del reconocimiento o de reACREDITACIÓN DE FORMADORES DEL PROGRAMA PERSÉFONE** |
|  |
| **datos Personales** |
| NIF/NIE | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| Dirección | Código Postal |
| Municipio | Provincia | Teléfono/s |
| Correo electrónico: |
|  |  |
| **Datos académicos y profesionales** |
| Titulación académica |  |
| Categoría profesional |  |
| Centro de trabajo |  |
| Puesto de trabajo |  |

**SOLICITA:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | a) Renovación del reconocimiento de la acreditación de INSTRUCTORES en RCP de Sociedades Científicas por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Perséfone. |
|  | b) Renovación del reconocimiento de la acreditación de MONITORES en RCP de Sociedades Científicas por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Perséfone. |
|  | c) Reacreditación de DOCENTES en RCP por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Pérséfone. |
|  | d) SUPUESTO ESPECIAL para la acreditación por el Servicio Murciano de Salud de Instructores inicialmente acreditados por las Sociedades Científicas. II Programa Perséfone. |

**PARA LO QUE APORTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN (marcar con X lo que proceda):**

**Supuestos a) y b):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Acreditación vigente como INSTRUCTOR o MONITOR en soporte vital avanzado según los requisitos de acreditación exigidos por las Sociedades Científicas reconocidas por el Consejo Español de RCP (CERCP). |

**Supuestos c) y d):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certificados de actividades formativas de soporte vital impartidas fuera del ámbito del Servicio Murciano de Salud como DOCENTE o INSTRUCTOR en los últimos 5 años.(*Mínimo 3 actividades formativas)* |
|  | Experiencia profesional fuera del Servicio Murciano de Salud en el campo de la urgencia/emergencia/críticos de los últimos 5 años.*(La experiencia en la Administración Pública se justificará mediante el correspondiente certificado de servicios prestados.**La experiencia en el sector privado se justificará mediante contratos e informe de vida laboral)* |
|  | Solicito que se incorporen de oficio al expediente las actividades formativas de soporte vital impartidas en los últimos 5 años en el Servicio Murciano de Salud (1) |
|  | Solicito que se incorpore de oficio al expediente mi experiencia profesional de los últimos 5 años en el ámbito del Servicio Murciano de Salud (1) |

(1) No será necesario aportar documentación relativa a la experiencia profesional y las actividades formativas del ámbito del Servicio Murciano de Salud, que se incorporarán de oficio al expediente.

Murcia, \_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Unidad de Desarrollo Profesional. C/ Pinares, 4 - 2ª planta. 30001 MURCIA