|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA REGIÓN DE MURCIA PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (RD 610/2024, de 2 de julio, BOE núm. 160 de 3 de julio de 2024)**  |
|  |
| 1. Datos personales y profesionales |
| **NIF/NIE** |       | **Mes de nacimiento** |  |
| **Apellidos** |       |
| **Nombre** |       |
| **Dirección de correo electrónico**  |       |
| **Teléfono móvil**  |       |

|  |
| --- |
| 2. Centros sanitarios de la Región de Murcia C.1.1 con autorización sanitaria de unidad asistencial U.68 y/o centros sanitarios de la Región de Murcia C.2.5.7 con autorización sanitaria de unidad asistencial U.100, según el Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (REGCESS), donde se ha desarrollado el ejercicio profesional (disposición transitoria primera RD 610/2024, de 2 de julio) |

**A) Centros sanitarios públicos (Servicio Murciano de Salud) (1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CENTRO** | **Tipo de jornada (2)** |
|  | **Ordinaria** | **Parcial** |
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]
|       |[ ] [ ]

1. Los servicios prestados en los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud se comprobarán de oficio.
2. Marque el tipo de jornada realizada en cada centro donde se haya desarrollado el ejercicio profesional: ordinaria (a tiempo completo), a tiempo parcial o, en su caso, ambos tipos.

**B) Centros sanitarios privados (Región de Murcia)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CENTRO** | **CCN(3)** | **Fecha inicio****(dd/mm/aaaa)** | **Fecha fin****(dd/mm/aaaa)** | **Horas****semanales(4)** |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |
|       |       | Fecha | Fecha |       |

(3) Puede obtener el Código Nacional Normalizado (CCN) del Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (REGCESS) a través de este enlace: <https://regcess.mscbs.es/>

(4) Indique las horas semanales dedicadas a la prestación de servicios.

|  |
| --- |
| 3. Documentación que se adjunta (marque lo que corresponda) |
|[ ]  Título de especialista en Ciencias de la Salud. |
|[ ]  Certificación prevista en el artículo 3 del R.D. 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud. |
|[ ]  Documentación acreditativa de ejercicio profesional en centro sanitario privado de la Región de Murcia (informe de vida laboral, certificado de funciones de la gerencia, contrato,…) |
|[ ]  Otros:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

A la vista de lo expuesto, **SOLICITO** certificado de acreditación del ejercicio profesional desarrollado en unidades asistenciales de la Región de Murcia para el acceso extraordinario al título de especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias.

Firma

 (La fecha y la firma se corresponden con las de la solicitud electrónica a la que se adjunta este formulario)

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable tratamiento** | Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de SaludC/ Central, 7. Ed. Habitamia. 30100 Espinardo (Murcia) |
| **Finalidad** | Realizar gestiones para la emisión de certificados de acreditación del ejercicio profesional para el acceso extraordinario al título de especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en el ámbito del Servicio Murciano de Salud, en aplicación del RD 610/2024, de 2 de julio. |
| **Base de legitimación** | Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al Responsable del tratamiento (art. 6.1.e) RGPD).Cumplimiento de una obligación legal por parte del Responsable del tratamiento (art. 6.1.c) RGPD).Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. |
| **Cesión de datos** | No se prevé cesión de datos. |
| **Categoría y origen de los datos** | Los datos que se tratan son identificativos y profesionales, y proceden del propio interesado o de la Administración Pública. |
| **Derechos** | Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación al tratamiento, portabilidad y de no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, dirigiéndose al responsable del tratamiento o a través de la sede electrónica de la CARM(<https://sede.carm.es>),Código de Procedimiento 2736.Asimismo, puede consultar la información adicional en el apartado de la Web: <https://www.murciasalud.es/proteccion-de-datos>En cualquier caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. |