|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud de certificado de acreditación del ejercicio profesional en el Servicio Murciano de Salud para el acceso al Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos**  (Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre, BOE núm. 313 de 30 de diciembre de 2023) | | | | | |
|  | | | | | |
| Datos del interesado | | | | | |
| **NIF/NIE / pasaporte** | | |  | | |
| **Apellidos** |  | | | | |
| **Nombre** |  | | | | |
| **Dirección de correo electrónico** | | | | |  |
| **Teléfono móvil** | |  | | | |
| **Profesión sanitaria titulada (1)** | | | | Elija un elemento. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Centros sanitarios donde ha desempeñado competencias del área funcional de paliativos | | |
| **Nombre del centro** | **Tipo de jornada (2)** | |
| **Ordinaria** | **Parcial** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(1) Si ha prestado servicios en diferentes profesiones en el área funcional de paliativos, debe presentar una solicitud por cada una de ellas.

(2) Marque el tipo de jornada realizada en cada centro donde haya desarrollado el ejercicio profesional: ordinaria (a tiempo completo), a tiempo parcial o, en su caso, ambos tipos.

|  |
| --- |
| Documentación que se adjunta |
|  |

A la vista de lo expuesto, **SOLICITO** el certificado de acreditación del ejercicio profesional en el Servicio Murciano de Salud para el acceso al Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos.

Firma de la persona solicitante

(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 Salud.  C/ Central, 7. Ed. Habitamia. 30100 Espinardo (Murcia). |
| **Finalidad** | Realizar gestiones para la emisión de certificados de acreditación del ejercicio profesional en el Servicio Murciano de Salud para el acceso al Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos (Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre). |
| **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. |