L046614

Código SIACI



Nº 046614

**CERTIFICADO PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. EJERCICIO PROFESIONAL EN CENTROS PRIVADOS DE CASTILLA-LA MANCHA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona Física  NIF  Pasaporte/NIE | | | | | | | Número de documento: | | | | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | | |  | | | | 2º Apellido: | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | C.P.: |  | | | | | Provincia: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | Teléfono móvil: | | |  | | | Correo electrónico: | | | | |  | |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE | | | | | Número de documento: | | | | |  | | | | |  | |
| Hombre  Mujer | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | | |  | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | | C.P.: |  | | | | Provincia: | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | Teléfono móvil: | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | |  | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica (De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública, y la Orden 120/2024, de 22 de julio, de la Consejería de Sanidad,, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la emisión en Castilla-La Mancha del certificado para el acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos*).* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | | |
| **Responsable** | *Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia.* |
| **Finalidad** | *Gestionar las solicitudes de personas con ejercicio profesional en centros privados de Castilla-La Mancha para el acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias.* |
| **Legitimación** | *6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.*  *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Medica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias y Orden 120/2024, de 22 de julio, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la emisión en Castilla-La Mancha del certificado para el acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias.* |
| **Destinatarios** | *Existe cesión de datos.* |
| **Derechos** | *Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.* |
| **Información adicional** | *Disponible en la dirección electrónica:* [***https://rat.castillalamancha.es/info/2527***](https://rat.castillalamancha.es/info/2527) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD DE CERTIFICADO** |
| **ASUNTO**: Certificado para el acceso extraordinario al título Especialista de Medicina de Urgencias y Emergencias por ejercicio profesional en centros privados de Castilla-La Mancha  **SOLICITA**: Certificado para el acceso extraordinario al título Especialista de Medicina de Urgencias y Emergencias |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL CENTRO Y UNIDAD EN EL QUE DESARROLLA ACTUALMENTE SU EJERCICIO PROFESIONAL** | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  |
| Denominación: | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | |  |
| Población: |  | | | C.P.: |  | | Provincia: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| Tipo de centro: |  | | Unidad asistencial: | | |  | Actividad: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:  - Cumple los requisitos establecidos en el Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Medica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias, y en la Orden 120/2024, de 22 de julio, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la emisión en Castilla-La Mancha del certificado para el acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias.  - Que dispone de alguno de los títulos exigidos en el Real Decreto 610/2024, de 2 de julio (título de Médica/o Especialista en Ciencias de la Salud y las personas habilitadas para el ejercicio de la Medicina General o de Familia, según lo establecido en el Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, registradas en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS). En concreto, los siguientes:  Título:  Obtenido en fecha  Título:  Obtenido en fecha  Título:  Obtenido en fecha  - Datos de ejercicio profesional:   |  | | --- | |  |   - Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de mis títulos.  Me opongo a la consulta de mis datos de ejercicio profesional.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |   **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**  **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**  Poder de representación, en su caso.  Documentación que acredita el cumplimiento de lo solicitado:   |  | | --- | |  |   Específicamente se aporta: |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| **No conlleva tasa** |

Firma

En       , a       de       de 20

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA Y FARMACIA. Código. DIR 3: A08044535