Nº Procedimiento:

**046699**

Código SIACI

|  |
| --- |
| **KMBY** |

**SOLICITUD DE DIPLOMA DE ACREDITACIÓN EN EL ÁREA FUNCIONAL DE PALIATIVOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido.** | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE | | | | | | Número de documento: | | | | | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | C.P.: |  | | | | Provincia: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono de contacto | |  | | | | | 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  Otros | | | | |  | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | |  | | | | | 2º Apellido: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | |  | | C.P.: |  | | | Provincia: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono de contacto: | | |  | | | | 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 en la Orden 55/2025, de 15 de abril, de la Consejería de Sanidad, del procedimiento para la obtención del Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, 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 Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia. |
| **Finalidad** | Gestionar las solicitudes y tramitación de los Diplomas de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos así como renovación. |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.  Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre, por la que se publican las bases para la creación de Diplomas de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos. |
| **Destinatarias/os** | 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/2603> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD DEL DIPLOMA** |
| **ASUNTO**: Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos.  **SOLICITA**:  Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos-Vía Excepcional.  Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos-Vía Ordinaria.  Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos-Vía Renovación. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | |  |  |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | CENTRO PÚBLICO: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | SI: |  | NO: |  | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VÍA EXCEPCIONAL (Los establecidos en el apartado 6.1 del anexo de la Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre, a fecha 29 de enero de 2024).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Práctica profesional: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo trabajado en paliativos en los últimos 10 años: | | | | | Trabajador por cuenta ajena: | | | | | | |  | | | Trabajador por cuenta propia: | |  |  |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | |
| Nombre y código de lugar de trabajo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 2. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 3. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 4. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 5. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B) Formación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Título de Máster o Experto Universitario en Cuidados Paliativos expedido por: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Con fecha: | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VÍA ORDINARIA O RENOVACIÓN (Los establecidos en el apartado 6.2 del anexo de la Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre).**  A) Práctica Profesional: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo trabajado en paliativos en los últimos 10 años: | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| Nombre y código de lugar de trabajo: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 2. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 3. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 4. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | 5. |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B) Competencias adquiridas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Cursos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Créditos por dominio competencial: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | | | | | | |
| C) Docencia e investigación (Domino 7). | | | Nº de créditos: |  |  | |
|  | | | | | | |
|  | Docencia: |  | | | |  |
|  | Tutorías: |  | | | |  |
|  | Publicaciones: |  | | | |  |
|  | Investigación |  | | | |  |
|  | | | | | | |
| **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 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan loa Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, en la Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre, por la que se publican las bases para la creación de Diplomas de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos, y en la Orden 55/2025, de 15 de abril, de la Consejería de Sanidad, del procedimiento para la obtención del Diploma de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.  - Que dispone de alguno de los títulos universitarios exigidos en el, 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**: Medicina  Enfermería  Psicología Clínica  Psicología General Sanitaria  Fisioterapia   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Título: |  | | | | | Obtenido en fecha: | |  | en la Universidad: |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Título: |  | | | | | Obtenido en fecha: | |  | en la Universidad: |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Título: |  | | | | | Obtenido en fecha: | |  | en la Universidad: |  |  |  |  | | --- | --- | | Datos de ejercicio profesional: |  |   **En el caso de ejercicio en más de un Centro será necesario un certificado por cada uno de los puestos desempañados** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - 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 universitarios.  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.  Documento de autobaremación, 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

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Código DIR3: A8014321.