Código SIACI

SLHD

Nº Procedimiento

040358

**ACREDITACIÓN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS PARA LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA INTERESADA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | |  | | | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | |  | | | | | | 2º Apellido: | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | |  | | | | | | C.P.: |  | | | Provincia: | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Teléfono móvil: | |  | | | | | Correo electrónico | | |  | | |  | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica *(De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](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.* |
| **Finalidad** | *Acreditación de enfermeros y enfermeras para indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios).* |
| **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://www.castillalamancha.es/protecciondedatos**](https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Acreditación de enfermeras y enfermeros para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. |
| (Señalar lo que proceda)  **SOLICITA:**  La acreditación, como personal de enfermería, para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano en el ámbito de los cuidados generales  La acreditación, como personal de enfermería, para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano en el ámbito de los cuidados especializados  La acreditación conjunta, como personal de enfermería, para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano en el ámbito de los cuidados generales y de los cuidados especializados  **COMUNICA**:  Que está acreditada como personal de enfermería para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por otra comunidad autónoma y que va a ejercer dicha actividad en Castilla-La Mancha.  Comunidad Autónoma que acreditó:  Fecha de acreditación: |

|  |
| --- |
| **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 que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros y en la Orden por la que se regula el procedimiento para la acreditación en Castilla-La Mancha de las enfermeras y enfermeros, para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.  **Que está en posesión de los siguientes títulos,** requeridos por la normativa citada anteriormente**:**  Título:       Centro donde se obtuvo:       Fecha de obtención:       Lugar de obtención:  Título:       Centro donde se obtuvo:       Fecha de obtención:       Lugar de obtención:  Título:       Centro donde se obtuvo:       Fecha de obtención:       Lugar de obtención:  **Que ha superado el siguiente curso de adaptación adecuado ofrecido por la Administración sanitaria:** Denominación del curso:       Entidad que impartió el curso:       lugar y fecha del mismo:  **Que son ciertos los datos consignados en el presente documento**, 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 y/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, de 1 de octubre, 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 residencia.  Me opongo a la consulta de datos de titulación universitaria.  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: |  |   En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:   |  | | --- | |  | |  |   **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**  **Documentación que se debe aportar:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos en base a la Orden 189/2020, de 4 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la acreditación en Castilla-La Mancha de las enfermeras y enfermeros, para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano:  Poder de representación, en su caso.  Certificado de empresa que acredite que **en el momento de realizar la solicitud** se prestan servicios en los centros y servicios sanitarios, públicos o privados, en el ámbito geográfico de Castilla-La Mancha. (art. 1.2)  Certificación acreditativa del período de experiencia profesional mínima de un año expedida por la empresa o institución empleadora, en el caso de trabajo por cuenta ajena.  Aclaraciones:  - En el certificado se deberá expresar con claridad qué tipo de experiencia profesional ha existido en el período certificado. Si se han prestado servicios de cuidados generales y de cuidados especializados, el certificado deberá expresar en que períodos se han prestado cada uno de esos servicios. Los servicios de cuidados especializados serán los prestados en las especialidades contempladas en el artículo 2 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.  - En el caso de que la experiencia profesional mínima de un año resulte de la prestación de servicios en dos o más centros, deberá aportarse varios certificados de empresa que acrediten el período de experiencia profesional adquirida en cada uno de ellos (art. 3.6.b).  Certificado del curso de adaptación ofrecido por la Administración Sanitaria de manera de gratuita **únicamente** cuando la experiencia profesional sea inferior a un año (art. 2.a.2º)  Certificado de vida laboral acreditativo del período de experiencia profesional **únicamente** en el caso de trabajo por cuenta propia (art. 3.6.c) |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento no conlleva tasa. |

Firma

En       , a       de       de 20

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD.** Código Dir3: A08014301