

I. COMUNIDAD DE MADRID

C) Otras Disposiciones

Consejería de Sanidad

- 14** *RESOLUCIÓN de 12 de marzo de 2013, de la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, por la que se ordena la publicación de impresos normalizados.*

Por Resolución de 23 de marzo de 2010, del Director General de la extinta Agencia “Pedro Laín Entralgo” para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, por la que se habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del expediente de diversos procedimientos (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 104, de 3 de mayo de 2010), se publicaron los modelos normalizados de solicitud de varios procedimientos, entre los que se encontraban los modelos de solicitud de “Inscripción en el Registro de Transporte sanitario vía curso acreditado”, el de “Inscripción en el Registro de Transporte Sanitario vía homologación”, el de “Renovación en el Registro de Transporte Sanitario” y el modelo de “Subsanación de solicitudes relativas al Registro de Transporte Sanitario”.

La entrada en vigor del Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo (“Boletín Oficial del Estado” de 8 de junio), por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera ha hecho necesario el rediseño del citado modelo de solicitud para adecuarlo a la nueva normativa vigente.

El apartado 14.h) del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid, establece la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, por resolución del órgano correspondiente, los impresos normalizados de procedimientos administrativos, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano.

En virtud de la normativa citada y demás de pertinente aplicación, en el ejercicio de las competencias atribuidas,

RESUELVO

Único

Publicación de impreso

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de los modelos de solicitud que se adjuntan como Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, y Anexo 4, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos:

- Anexo 1: Solicitud de inscripción en el Registro de Personal Sanitario de Transporte Sanitario vía curso acreditado.
- Anexo 2: Solicitud de Inscripción en el Registro de Personal Sanitario de Transporte Sanitario vía homologación.
- Anexo 3: Solicitud de Renovación en el Registro de Personal Sanitario de Transporte Sanitario.
- Anexo 4: Subsanación de solicitudes relativas al Registro de Personal Sanitario del Transporte Sanitario.

Madrid, a 12 de marzo de 2013.—El Director General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, Miguel López-Bravo Bascán.



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Inscripción en el Registro de personal sanitario de Transporte Sanitario
vía Curso Acreditado**

1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/> Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
--	--

2.- Datos del interesado:

NIF/ NIE:	Pasaporte ⁽¹⁾ :	
Apellido 1º:	Apellido 2º:	
Nombre:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:
Correo electrónico:		

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

3.- Datos del Representante:

NIF/ NIE:	Pasaporte ⁽¹⁾ :	Nombre:
Apellido 1:	Apellido 2:	Fax:
Correo electrónico:	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)									
<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a por correo certificado									
<table border="1"> <tr> <td>Tipo de vía</td> <td>Nombre vía</td> <td>Nº</td> </tr> <tr> <td>Piso</td> <td>Puerta</td> <td>CP</td> <td>Localidad</td> <td>Provincia</td> </tr> </table>		Tipo de vía	Nombre vía	Nº	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia
Tipo de vía	Nombre vía	Nº							
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia					

5.- Documentación requerida:

Copia DNI / NIE anverso y reverso	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
5.1. Inscripción –Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía; en caso de estudios cursados en el extranjero, deberá presentar la homologación oficial	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Medicina en Urgencias Extrahospitalarias.	<input type="checkbox"/>
5.2. Inscripción –Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Diplomado/ Grado en Enfermería; en caso de estudios cursados en el extranjero, deberá presentar la homologación oficial.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias.	<input type="checkbox"/>

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En....., a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Registro de profesionales sanitarios", cuya finalidad es acreditar u homologar la formación de los profesionales dedicados al transporte sanitario y socorrismo acuático para su inscripción en el registro profesional, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.
---------------------	---



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Inscripción en el Registro de personal sanitario Transporte Sanitario
vía Homologación**

1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/> Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
--	--

2.- Datos del interesado:

NIF/ NIE:		Pasaporte ⁽¹⁾ :	
Apellido 1º:		Apellido 2º:	
Nombre:		Teléfono Fijo:	
Correo electrónico:		Teléfono Móvil:	

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

3.- Datos del Representante:

NIF/ NIE:		Pasaporte ⁽¹⁾ :		Nombre:	
Apellido 1:		Apellido 2:		Fax:	
Correo electrónico:		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a por correo certificado				
Tipo de vía		Nombre vía		Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

5.- Documentación requerida:

Copia DNI / NIE anverso y reverso	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
5.1. Inscripción –Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía; en caso de estudios cursados en el extranjero, deberá presentar la homologación oficial.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida en Medicina de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado de experiencia profesional o voluntariado de, al menos, 2.600 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>
5.2. Inscripción –Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Diplomado en Enfermería/ Grado; en caso de estudios cursados en el extranjero, deberá presentar la homologación oficial.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado de experiencia profesional o voluntariado de, al menos, 2.600 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En....., a..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Registro de profesionales sanitarios", cuya finalidad es acreditar u homologar la formación de los profesionales dedicados al transporte sanitario y socorrismo acuático para su inscripción en el registro profesional, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.
---------------------	---



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de Renovación en el Registro de personal sanitario de Transporte Sanitario

1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/> Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
--	--

2.- Datos del interesado:

NIF/ NIE:	Pasaporte ⁽¹⁾ :	
Apellido 1º:	Apellido 2º:	
Nombre:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:
Correo electrónico:		

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

3.- Datos del Representante:

NIF/ NIE:	Pasaporte ⁽¹⁾ :	Nombre:
Apellido 1:	Apellido 2:	Fax:
Correo electrónico:	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a por correo certificado				
Tipo de vía	Nombre vía	Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

5.- Documentación requerida:

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
<input type="radio"/> Copia DNI / NIE anverso y reverso	<input type="radio"/>

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
5.1. Renovación-Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida en Medicina de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 90. horas en los tres últimos años	<input type="checkbox"/>
5.2. Renovación-Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 90. horas en los tres últimos años	<input type="checkbox"/>

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En....., a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Registro de profesionales sanitarios", cuya finalidad es acreditar u homologar la formación de los profesionales dedicados al transporte sanitario y socorrismo acuático para su inscripción en el registro profesional, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.
--------------	---



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Subsanación de Solicituds relativas al Registro de personal sanitario de Transporte Sanitario

1.- Subsanación:

<input type="radio"/> Subsanación de la solicitud de Inscripción vía Curso acreditado	<input type="radio"/> Subsanación de la solicitud de Inscripción vía homologación	<input type="radio"/> Subsanación de la solicitud de Renovación
---	---	---

2.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/> Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
--	--

3.- Datos del interesado:

NIF/ NIE:				Pasaporte ⁽¹⁾ :				
Apellido 1:				Apellido 2:				
Nombre:	Teléfono Fijo:			Teléfono Móvil:				
Tipo de vía			Nombre vía:				Nº	
Piso	Puerta	CP		Localidad				
Provincia				País				
Correo Electrónico:								

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

4.- Datos del Representante:

NIF/ NIE:	Pasaporte ⁽¹⁾ :	Nombre:	
Apellido 1:	Apellido 2:	Fax:	
Correo electrónico:	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/> Deseo ser notificado/a por correo certificado				
Tipo de vía	Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

6.- Documentación requerida:

Copia DNI / NIE anverso y reverso

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras Sanitarias
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

6.1. Subsanación de solicitudes de Inscripción

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
6.1.1. Inscripción –Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía; en caso de estudios cursados en el extranjero, deberá presentar la homologación oficial.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Medicina en Urgencias Extrahospitalarias.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida en Medicina de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado de experiencia profesional o voluntariado de, al menos, 2.600 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>
6.1.2. Inscripción –Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Diplomado en Enfermería; en caso de estudios cursados en el extranjero, deberá presentar la homologación oficial.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado de experiencia profesional o voluntariado de, al menos, 2.600 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>

6.2. Subsanación de solicitudes de Renovación

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Copias de la formación adquirida en los tres últimos años, donde consten los contenidos formativos, las fechas de realización de los cursos y horas solicitadas en el requerimiento de subsanación.	<input type="checkbox"/>

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En....., a..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Registro de profesionales sanitarios", cuya finalidad es acreditar u homologar la formación de los profesionales dedicados al transporte sanitario y socorrismo acuático para su inscripción en el registro profesional, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.
---------------------	---

