

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### C) Otras Disposiciones

#### Consejería de Sanidad

#### **AGENCIA “PEDRO LAÍN ENTRALGO” PARA LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

- 16** *RESOLUCIÓN de 23 de marzo de 2010, del Director General, 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.*

De acuerdo con lo señalado en el artículo 10.1 del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, por el que se regula la utilización de las técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración de la Comunidad de Madrid, que establece que tras la entrada en vigor de este Decreto, podrán habilitarse los Registros Telemáticos para la recepción o salida de solicitudes, escritos y comunicaciones relativos a otros procedimientos y trámites, mediante resolución del órgano, organismo o entidad que tenga atribuida la competencia para resolver el procedimiento, previos informes de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y del Organismo Autónomo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, y de acuerdo con el criterio 14.h) del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los criterios de calidad de la actuación administrativa de la Comunidad de Madrid,

#### RESUELVE

##### **Primero**

##### *Habilitación Registro Telemático*

Habilitar al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del expediente de los procedimientos denominados “Registro de Transporte Sanitario”, “Acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias”, “Reconocimiento de cualificaciones profesionales adquiridas en Estados miembros de la Unión Europea”, “Subsanación de la inscripción/renovación en el Registro de socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medio natural”, “Rotaciones externas para la formación de especialistas en ciencias de la salud, previo informe favorable de la Comisión de Docencia”.

La inclusión en el Anexo I del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, de los procedimientos “Registro de Transporte Sanitario”, “Acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias”, “Reconocimiento de cualificaciones profesionales adquiridas en Estados miembros de la Unión Europea”, “Subsanación de la inscripción/renovación en el Registro de socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medio natural”, “Rotaciones externas para la formación de especialistas en ciencias de la salud, previo informe favorable de la Comisión de Docencia”, que deberán entenderse modificados en lo relativo a estos procedimientos en el texto del último párrafo de la relación de procedimientos adscritos a la Consejería de Sanidad, siendo de aplicación el siguiente:

“Trámites susceptibles de realización ante el Registro Telemático”:

Todos aquellos que en el momento de la presentación de la solicitud de inicio del procedimiento se encuentren en situación de operativos en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con lo establecido en la página web [www.madrid.org](http://www.madrid.org)”.

**Segundo***Publicación impresos*

Que se publiquen en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID los modelos de solicitud que se adjuntan como Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4, Anexo 5, Anexo 6, Anexo 7 y Anexo 8, 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 Transporte Sanitario vía curso acreditado.
- Anexo 2: Solicitud de inscripción en el Registro de Transporte Sanitario vía homologación.
- Anexo 3: Solicitud de renovación en el Registro de Transporte Sanitario.
- Anexo 4: Subsanción de solicitudes relativas al Registro de Transporte Sanitario.
- Anexo 5: Solicitud de acreditación de actividades de formación continuada de profesiones sanitarias.
- Anexo 6: Solicitud de reconocimiento de cualificaciones profesionales adquiridas en Estados miembros de la Unión Europea.
- Anexo 7: Subsanción de solicitudes relativas a inscripción/renovación en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medio natural.
- Anexo 8: Solicitud de rotaciones externas para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, previo informe de la Comisión de Docencia.

Dado en Madrid, a 23 de marzo de 2010.—El Director General (Orden 509/2009, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad), la Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras, María Belén Prado Sanjurjo.



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

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

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Básico	<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Avanzado	<input type="radio"/>	Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/>	Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	---	-----------------------	---

**2.- Datos del interesado:**

DNI/ NIE/ Pasaporte:			
Apellido 1º:			
Apellido 2º:			
Nombre:			
Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:	

**3.- Datos del Representante:**

DNI/ NIE/ Pasaporte		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

**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):		
	Correo electrónico:		
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado a la dirección:		
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP
	Provincia	Localidad	
		País	

**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.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>5.1. Inscripción-Técnicos de Emergencias Nivel Básico</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia Titulo de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Técnico de Emergencias Nivel Básico.	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. Inscripción- Técnicos de Emergencias Nivel Avanzado</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Técnico de Emergencias Nivel Avanzado.	<input type="checkbox"/>
<b>5.3. Inscripción –Conjunta de Técnicos de Emergencia Nivel Básico y Nivel Avanzado</b>	
Deberá presentar toda la documentación incluida en los apartados anteriores.	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. Inscripción –Medicina de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
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"/>
<b>5.5. Inscripción –Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
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"/>

Información Institucional
<p>Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid</p> <p>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.</p>

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, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, 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.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de la Agencia Lain Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
---------------------	---



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

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

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Básico	<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Avanzado	<input type="radio"/>	Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/>	Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	---	-----------------------	---

**2.- Datos del interesado:**

DNI/ NIE/ Pasaporte:			
Apellido 1º:			
Apellido 2º:			
Nombre:			
Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:	

**3.- Datos del Representante:**

DNI/ NIE/ Pasaporte		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

**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):		
	Correo electrónico:		
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado a la dirección:		
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP
	Provincia	Localidad	
		País	

**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.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>5.1. Inscripción-Técnicos de Emergencias Nivel Básico</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia Título de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Básico, 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, 1.300 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. Inscripción- Técnicos de Emergencias Nivel Avanzado</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia Título de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Avanzado, 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, 1.300 horas en los últimos tres años	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>
<b>5.3. Inscripción –Conjunta de Técnicos de Emergencia Nivel Básico y Nivel Avanzado</b>	
Deberá presentar toda la documentación incluida en los apartados anteriores.	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. Inscripción –Medicina de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
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"/>
<b>5.5. Inscripción –Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
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"/>
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..... 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, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, 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 la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

### Solicitud de Renovación en el Registro de Transporte Sanitario

#### 1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Básico	<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Avanzado	<input type="radio"/>	Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/>	Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	---	-----------------------	---

#### 2.- Datos del interesado:

DNI/ NIE/ Pasaporte:			
Apellido 1º:			
Apellido 2º:			
Nombre:			
Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:	

#### 3.- Datos del Representante:

DNI/ NIE/ Pasaporte		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

#### 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):		
	Correo electrónico:		
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado a la dirección:		
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP
	Localidad		
	Provincia		País

#### 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.



TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>5.1. Renovación-Técnicos de Emergencias Nivel Básico</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Básico, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 30 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. Renovación-Técnicos de Emergencias Nivel Avanzado</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Avanzado, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 60. horas en los tres últimos años	<input type="checkbox"/>
<b>5.3. Renovación-Conjunta de Técnicos de Emergencia Nivel Básico y Nivel Avanzado</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Básico y Avanzado, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 60. horas en los tres últimos años	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. Renovación-Medicina de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
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"/>
<b>5.5. Renovación-Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
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
<p>Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid</p> <p>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.</p>

En Madrid, 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, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, 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.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de la Agencia Lain Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
---------------------	---



Agencia Iain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Subsanación de Solicitudes relativas al Registro 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"/>	Técnico de Emergencias Nivel Básico	<input type="radio"/>	Técnico de Emergencias Nivel Avanzado	<input type="radio"/>	Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	<input type="radio"/>	Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------	--	-----------------------	--

**3.- Datos del interesado:**

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

**4.- Datos del Representante:**

DNI/ NIE/ Pasaporte		Apellidos			
Nombre		Correo electrónico			
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		

**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 a la dirección:					
	Tipo de vía	Nombre vía			Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad		
	Provincia			País		

**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.

## 6.1. Subsanación de solicitudes de Inscripción

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>6.1.1. Inscripción-Técnicos de Emergencias Nivel Básico</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia Título de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Técnico de Emergencias Nivel Básico.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Básico, 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, 1.300 horas en los últimos tres años.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>
<b>6.1.2. Inscripción- Técnicos de Emergencias Nivel Avanzado</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia Título de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copia del Certificado o diploma del curso acreditado de Técnico de Emergencias Nivel Avanzado.	<input type="checkbox"/>
Copias de la formación adquirida como Técnico de Emergencias Nivel Avanzado, 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, 1.300 horas en los últimos tres años	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (ejemplar para la Administración).	<input type="checkbox"/>
<b>6.1.3. Inscripción –Medicina de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	
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"/>
<b>6.1.4. Inscripción –Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias</b>	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	
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. Subsanción 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 subsanción.	<input type="checkbox"/>

<b>Información Institucional</b>
----------------------------------

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.....

<b>FIRMA</b>

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, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, 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.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
---------------------	---



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Acreditación de Actividades de Formación Continuada de profesiones sanitarias**

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	<b>Tipo A</b> - Nueva actividad (Para entidades que no hayan solicitado previamente ninguna acreditación)	<input type="radio"/>	<b>Tipo B</b> - Nueva actividad (Para entidades que ya hayan solicitado acreditaciones en ocasiones anteriores)	<input type="radio"/>	<b>Tipo C</b> - Nueva edición de la actividad ya acreditada
				Número de expediente edición anterior:	

**2.- Datos de la entidad proveedora de la actividad:**

NIF	Nombre de la institución	
Domicilio	Municipio	
Provincia	Código Postal	Carácter de la entidad <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Otras
Clasificación de la institución	<input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Fundación
	<input type="radio"/> Área de Atención Primaria	<input type="radio"/> Consejería de Sanidad
	<input type="radio"/> Sociedad Científica	<input type="radio"/> Universidad
	<input type="radio"/> Colegio Profesional	<input type="radio"/> Empresa de formación y/o servicios
	<input type="radio"/> Asociación/ONG	<input type="radio"/> Otras
Responsable de la entidad	NIF/CIF del Responsable.	

**3.- Datos de el/la responsable de la Actividad en la Institución (\*):**

NIF	Apellidos	
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
	Cargo	

(\*). Al responsable citado será a quien la Secretaría Técnica se dirija para cualquier gestión y/o comunicación relacionada con la presente solicitud. Deberá estar autorizado por el responsable de la entidad. Puede ser también el responsable de la entidad si así se consigna.

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo 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:**

**5.1.- Sólo para Solicitudes Tipo A:**

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	Se aporta en la solicitud
Fotocopia de documentos notariales, estatutos o escrituras de constitución o reglas fundacionales (En caso de instituciones), ó Documentación que acredite su situación regular en Hacienda y Seguridad Social como autónomo (En el caso de autónomos)	<input type="checkbox"/>

**5.2.- Para Solicitudes Tipos A, B y C:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Para Actividad Presencial → Anexo I "Solicitud Actividad de Carácter Presencial"	<input type="checkbox"/>
Para Actividad No Presencial/Mixta: → Anexo II "Solicitud Actividad de Carácter No Presencial/Mixta". → Material Docente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Modelo de control de asistencia.	<input type="checkbox"/>
Modelo de Certificado.	<input type="checkbox"/>
Modelo/s de evaluación.	<input type="checkbox"/>
Documento de delegación de firma (Sólo en casos donde el solicitante no sea el responsable de la institución)	<input type="checkbox"/>

**El/la responsable de la institución, o persona autorizada, y abajo firmante**

**SOLICITA**

Que se acredite la actividad de formación continuada de tipo:

<input type="radio"/>	Presencial	<input type="radio"/>	No Presencial	<input type="radio"/>	Mixta
-----------------------	------------	-----------------------	---------------	-----------------------	-------

Que se impartirá conforme a la información contenida en la solicitud:

.....  
(Nombre de la actividad para la que se solicita acreditación. Incluya el número de Edición)

**Y MANIFIESTA**

Que se hace totalmente responsable de la planificación y contenidos de la actividad que se somete a acreditación, y que, en ningún caso, las aportaciones en concepto de patrocinio comercial, si las hubiera, condicionarán:

**1. La independencia de los contenidos**

Garantizo que los contenidos de la actividad no están sesgados por intereses comerciales o de cualquier otro tipo ajeno a su pertinencia científica y profesional.

**2. La independencia de los docentes**

Garantizo que todos los docentes que participan en la actividad, han sido seleccionados por su adecuada formación y experiencia sobre los temas que imparten, no estando condicionada por la entidad patrocinadora. Se dará también a conocer cualquier relación entre ponentes/docentes y patrocinador.

**3. El control de la publicidad**

Asumo la responsabilidad de los contenidos de los materiales de promoción de la actividad.

**4. La presencia de logotipos comerciales**

El nombre del patrocinador comercial sólo constará en los materiales promocionales y en los programas, pero nunca en los materiales docentes. Asimismo, en todos los materiales publicitarios y docentes no se hará mención a ningún producto comercial concreto.

**Información institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra 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.

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

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Acreditación de Formación Sanitaria", cuya finalidad es gestionar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada, así como la solicitud de acreditación de formación continuada, reconocimiento de interés sanitario y/o social de actos de carácter científico y reconocimiento de los títulos de FP de la rama sanitaria, y no serán 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 la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales  
adquiridas en Estados Miembros de la Unión Europea**

**1.- Datos del interesado:**

DNI/ NIE/ Pasaporte:			
Apellido 1º:			
Apellido 2º:			
Nombre:			
Estado donde ha obtenido la cualificación		Teléfono Fijo:	
Correo electrónico		Teléfono Móvil:	

**2.- Datos del Representante:**

DNI/ NIF		Apellidos		
Nombre			Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil

**3.- 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 a la dirección:			
	Tipo de vía		Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad
	Provincia		País	

**4.- Formaciones susceptibles de reconocimiento:**

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior en Higiene Bucodental	<input type="checkbox"/>
Técnico en Farmacia	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior en Prótesis Dentales	<input type="checkbox"/>
Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior en Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Técnico Superior en Audioprótesis	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior en Salud Ambiental	<input type="checkbox"/>
Técnico Superior en Dietética	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Técnico Superior en Documentación Sanitaria	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico	<input type="checkbox"/>



**5.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia DNI / NIE anverso y reverso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del Pasaporte/Permiso de Residencia (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>	
Copia del Título/ Diploma/ Certificado	<input type="checkbox"/>	
Certificado Académico de asignaturas cursadas, contenidos, horas de teoría y práctica, o en su defecto, copia del Plan Formativo Oficial correspondiente al Título/ Diploma/ Certificado	<input type="checkbox"/>	
Certificado de Ejercicio Profesional (Si ha ejercido la profesión solicitada)	<input type="checkbox"/>	
Traducción de los documentos académicos y profesionales aportados (Traductor Jurado/ Embajada/ Consulado)	<input type="checkbox"/>	

(\*) 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.

<b>Información institucional</b>
----------------------------------

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra 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.

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

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Acreditación de formación sanitaria", cuya finalidad es gestionar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada, así como la solicitud de acreditación de formación continuada, reconocimiento de interés sanitario y/o social de actos de carácter científico y reconocimiento de los títulos de FP de la rama sanitaria, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, 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.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
---------------------	---



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Subsanación de Solicitudes relativas a Inscripción/ Renovación en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/ medio natural**

**1.- Datos del interesado:**

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

**2.- Documentación aportada para la subsanación:**

Copia DNI / NIE	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.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Copia Título de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Copia (anverso y reverso) Diploma del Curso <u>acreditado</u> de Socorristas en Piscinas, Instalaciones Acuáticas / Medio Natural.	<input type="checkbox"/>
Copia (anverso y reverso) Certificados/ Diplomas de Socorrista Acuático y de Primeros Auxilios, con contenidos formativos, carga horaria y fechas de realización de los cursos	<input type="checkbox"/>
Certificación Académica en la que se especifique la fecha en la que ha concluido los estudios, o Título de Técnico en Animación de Actividades Físicas y Deportivas, siempre que los estudios hayan sido finalizados a partir del curso 2004/2005.	<input type="checkbox"/>
Copia Certificado del curso de reciclaje.	<input type="checkbox"/>

**Información Institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra 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.

En Madrid, 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. Los datos no serán 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 la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Solicitud de rotaciones externas para la formación de especialistas en ciencias de la salud, previo informe favorable de la Comisión de Docencia**

**1.- Datos del presidente de la Comisión de Docencia que solicita la autorización de la rotación externa <sup>(1)</sup>**

DNI/ NIE/Pasaporte	
Nombre	
Apellido 1º	
Apellido 2º	
e-mail	
Teléfono de contacto	
Centro o Unidad Docente	

**2.- Datos de la rotación externa que se solicita**

**2.1- Datos del especialista en formación en ciencias de la salud**

DNI/ NIE/Pasaporte	
Nombre	
Apellido 1º	
Apellido 2º	
Titulación	
Especialidad que cursa	
Fecha de inicio de residencia	Año de residencia actual
e-mail	Teléfono de contacto

**2.2.- Período para el que se solicita la rotación externa**

Fecha de inicio		Fecha de finalización	
-----------------	--	-----------------------	--

**2.3.- Datos del Centro o Unidad Docente en el que se solicita realizar la rotación externa**

Centro o Unidad Docente					
Servicio / Unidad / Dispositivo					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	Localidad
Provincia				País	

**3.- Rotaciones externas solicitadas previamente por el especialista en formación**

<input type="radio"/> Ninguna				
<input type="radio"/> Sí, ha realizado rotaciones previamente	Año residencia	Centro de destino	Fecha de inicio	Fecha de finalización

**4.- Informe favorable de la Comisión de Docencia**

<input type="checkbox"/>	La Comisión de Docencia emite informe favorable de esta rotación, una vez evaluada la propuesta del tutor con los objetivos docentes, valorado que el centro reúne las condiciones adecuadas para realizar la rotación propuesta y vista la declaración de conformidad del residente.
Fecha	

**5.- Observaciones****6.- Medio de Notificación**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad	
	Provincia			País	

## 7.- Documentación requerida

DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITUD DE ROTACIONES EXTERNAS		Se aporta en la solicitud
Propuesta del tutor a la Comisión de Docencia para la realización de rotaciones externas (Anexo I)		<input type="checkbox"/>
Declaración de conformidad del residente para la realización de rotaciones externas (Anexo II)		<input type="checkbox"/>
Aceptación de la rotación externa por la Comisión de Docencia de destino (Anexo III), o en su defecto carta de aceptación del centro de destino.		<input type="checkbox"/>
Informe del gerente o responsable de la entidad titular del Centro o Unidad Docente (Anexo IV)		<input type="checkbox"/>
Otros documentos justificativos		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Tienen esta consideración los periodos formativos, que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente. Los objetivos que se pretenden deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo

Información institucional
---------------------------

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra 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.

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

<b>FIRMA</b> Presidente de la Comisión de Docencia

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el "Fichero de Formación Especializada" cuya finalidad es la "administración de datos para la gestión de la Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud en la Comunidad de Madrid, Organización y gestión de cursos, gestión de Unidades Docentes de especialistas en Medicina del Trabajo y en Medicina Preventiva y Salud Pública (custodia expedientes), Acreditaciones y Gestión de Rotaciones Externas", 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.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de la Agencia "Pedro Laín Entralgo" de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
---------------------	--

(03/16.966/10)