1. **DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
|  Nombre y Apellidos  |
|  |  |  |
|  DNI o Pasaporte en vigor Fecha de Nacimiento  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|  |
| 1. **DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD**
 |
|  EXPONE:Que reúne los requisitos previstos en la Disposición Transitoria Segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. SOLICITA:Sea admitida a trámite la presente solicitud para acceder al título de Enfermero Especialista según el procedimiento regulado por el citado Real Decreto.  **DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA. ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Especialidad solicitada** | E. de Salud MentalE. GeriátricaE. del Trabajo |  | E. de Cuidados Médico – Quirúrgicos E. Familiar y Comunitaria E. Pediátrica  |
|  |  |
|  |  |

* **Documentos preceptivos que se acompañan a la solicitud:**

 **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN TITULACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Copia compulsada del DNICopia compulsada del Pasaporte  |  | Copia compulsada del Título de Graduado/ Diplomado en EnfermeríaCopia compulsada del Título de Ayudante Técnico Sanitario Copia compulsada del Título equivalente u homologado de alguno de los anteriores |
|  |  |
|  |  |

 **DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a)** |  | **Acreditación ejercicio profesional ( mínimo 4 años)** en el correspondiente ámbito  |
| **b)** |    |
|  | **Acreditación ejercicio profesional** **( mínimo 2 años),** realizando **actividades propias de la especialidad solicitada**   |
|  | **Formación Complementaria** |  | 1) Formación Continuada acreditada relacionada, no inferior a **40 créditos** 2) Título postgrado universitario relacionado, no inferior a **20 créditos/ 200 horas**  |
|  |
| **c)** |  | **Acreditación ejercicio como profesor EUE ( mínimo 3 años )** en el área de conocimiento de la especialidad  |
|  | **Acreditación actividad asistencial ( mínimo 1 año)** en el correspondiente ámbito  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**
 |

**DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avda, Calle, Plaza** | **Localidad** | **Código Postal** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Provincia**  **País** | **Teléfono 1**  | **Teléfono 2** |
|  |  |  |  |
| **Lugar, fecha y firma**  **Correo electrónico**  |
|  |  |

**Los datos de carácter personal recogidos en este impreso, serán tratados de conformidad con el Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos, siendo necesarios para la tramitación de la solicitud y pudiendo ser objeto de tratamiento automatizado.**

**Secretaría General de Universidades**

Ministerio de Universidades. Paseo de la Castellana nº162. 28071 MADRID.