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 Mental  E. Geriátrica  E. 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 DNI  Copia compulsada del Pasaporte |  | Copia compulsada del Título de Graduado/ Diplomado en Enfermería  Copia 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.