



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TÍTULOS EXTRANJEROS DE ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, OBTENIDOS EN ESTADOS NO MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA. (Hoja 1)

1. DATOS DE SOLICITANTE

Apellidos y nombre	Nacionalidad (indicar país)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de D.N.I., Pasaporte o N° de Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE)	Hombre <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Solicitantes españoles, en estancia por estudios o residencia en España que no aporten DNI ó TIE (Apdo. 6 instrucciones.)

Autorizo consulta Sistema de Verificación de Datos de Identidad:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (sólo en caso de actuar mediante representación)

Apellidos y nombre	N° D.N.I. , Pasaporte o TIE	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

Solicitud de reconocimiento de efectos profesionales del título extranjero de Especialista en:

Otorgado por Centro universitario, hospitalario-docente o centro sanitario acreditado (*denominación, localidad y país*):

Denominación	Localidad	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A los efectos profesionales del título español de Especialista en:

En el caso de haber solicitado previamente el reconocimiento del título de especialista y hubiese obtenido una resolución desfavorable Fecha de la misma: _____

4. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN

A efectos de notificaciones, el interesado / representante (*táchese lo que no proceda*), señala el siguiente domicilio:

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN

Avda, Calle o Plaza, y número.		Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal	Provincia	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail del interesado (1)	Teléfono Fijo con prefijo	
	Teléfono Móvil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(1) Para facilitar la comunicación, en caso de necesidad, entre la Administración y el interesado y válido, en su caso, como medio de notificación.

5. DATOS RELATIVOS AL LUGAR DE REALIZACIÓN DEL PERIODO DE EJERCICIO PROFESIONAL O, EN SU CASO, DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA (especificar por orden de preferencia y separados por comas los códigos de las comunidades autónomas donde se desee realizar el periodo)

Códigos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código de las comunidades autónomas, por orden de preferencia (puede consultarse la relación de códigos para cada Comunidad Autónoma en nuestra página Web)



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TÍTULOS EXTRANJEROS DE ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, OBTENIDOS EN ESTADOS NO MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA. (Hoja 2)

Apellidos y Nombre del solicitante

Nº D.N.I, Pasaporte, TIE

6. EL SOLICITANTE MANIFIESTA QUE HABIENDO PRESENTADO SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN AL AMPARO DE LA ORDEN DE 14 DE OCTUBRE DE 1991, HA RENUNCIADO A DICHO PROCEDIMIENTO ANTES DE SU RESOLUCION, ADJUNTANDO LA RENUNCIA FORMULADA ANTE EL MINISTERIO DE EDUCACION.

Presentó solicitud de homologación ante el Ministerio de Educación:

SÍ NO

Adjunta copia de la renuncia registrada en el Ministerio de Educación:

SÍ NO

7. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA QUE SE ACOMPAÑA A ESTA SOLICITUD.

Copia compulsada del documento que acredite la identidad y en el que conste la nacionalidad del solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia, o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería. En el caso de ciudadanos españoles, residentes en España, o en estancia por estudios, fotocopia compulsada del DNI o de la TIE.

Consentimiento expreso del interesado para que sea efectuada consulta al Sistema de Verificación de Datos de identidad (*cumplimentar sólo en el supuesto excepcional previsto en el apartado 6 de las Instrucciones para cumplimentar esta solicitud*).

Copia compulsada del título extranjero de Especialista cuyo reconocimiento se solicita o del título extranjero de Matrona cuando el acceso al se mismo se haya producido por vía directa Traducción oficial (En su caso)

Copia compulsada de la Resolución de Homologación/Reconocimiento dictada por el Ministerio que corresponda, del título universitario requerido para acceder a la Especialidad cuyo reconocimiento profesional se solicita (Medicina, Farmacia, Enfermería, Psicología, Biología, etc.)

Certificación expedida por la autoridad competente del país expedidor del título extranjero de Especialista de que se trate, acreditativa de que dicho título tiene carácter oficial y habilita en su país para el ejercicio profesional de la especialidad cuyo reconocimiento profesional se solicita.

Certificación expedida por la autoridad competente del país que ha expedido el título, relativa a que la formación especializada alegada se ha realizado en un centro universitario, un centro hospitalario docente o, en su caso, en un centro sanitario acreditado para tal fin.

Historial profesional siguiendo el modelo incluido en Anexo II de este Real Decreto(*). (*Los tres primeros apartados del citado historial profesional son de cumplimentación obligatoria*).

Los nacionales de Estados cuya lengua oficial no sea el castellano deberán acreditar un conocimiento suficiente del mismo, mediante los documentos que se especifican en el apartado 1 del Anexo III, de este Real Decreto (*), salvo que se acredite documentalmente que el solicitante se encuentra en alguna de las excepciones que se citan en el apartado 2 del citado Anexo III (*).

Declaración jurada o promesa del interesado relativa a que el título extranjero presentado para su reconocimiento profesional, no ha sido objeto de anterior reconocimiento u homologación favorable que implique habilitación profesional del mismo o de otro título de Especialista, tanto por España como por otro país de la Unión Europea.

Certificación de la autoridad competente del Estado donde se ha ejercido la profesión de especialista de que se trate, acreditativa de que el solicitante no está inhabilitado por sentencia judicial o sanción administrativa firme para el ejercicio de la misma, o que habiendo estado inhabilitado no solicita el reconocimiento durante el tiempo que dura la inhabilitación.

Todos los documentos que se adjunten a la solicitud y los aspectos incluidos en el Historial Profesional deben estar acreditados documentalmente, de la forma prevista en el apartado 4 de las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud que se contienen en el Anexo I de este Real Decreto (*).

8. SOLICITANTES QUE SE ACOJAN A LA DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA DE ESTE REAL DECRETO, (profesionales sanitarios que ejercen con un título extranjero de especialista no reconocido).- El interesado opta por: (*cumplimentese la casilla correspondiente a la opción elegida*)

La realización de un periodo de ejercicio profesional en prácticas. Una prueba teórica práctica

La validez de esta opción requiere su presentación a través de esta solicitud en el plazo de un año, a contar desde la entrada en vigor de este real decreto.

Documentación adicional a aportar (*de carácter obligatorio*):

Certificaciones de los jefes de servicio o responsables de las unidades asistenciales de la especialidad solicitada, con el visto bueno del gerente o representante legal del centro sanitario, acreditativas del ejercicio profesional efectivo dentro del campo propio y específico de la especialidad de que se trate, en las que consten la fecha de inicio y finalización.

Certificaciones de los gerentes o representantes legales de los centros, acreditativas de la existencia de una relación profesional retribuida durante el periodo de ejercicio profesional exigido. En dicha certificación se especificará, asimismo, la especialidad a que dicho ejercicio se refiere, las fechas de inicio y finalización del mismo, la adscripción efectiva del interesado a la unidad y la dedicación horaria.

Certificaciones expedidas por el órgano competente de la comunidad autónoma acreditativas de que el ejercicio profesional exigido, se ha llevado a cabo en centros sanitarios autorizados, según la normativa dictada por la comunidad autónoma que en cada caso corresponda, en desarrollo de lo previsto en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

