



### SOLICITUD DE CERTIFICADO

#### RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre y Apellidos		DNI/NIE/Pasaporte	
Domicilio (tipo de vía, nombre de vía, número, portal, piso, letra)		Localidad	
Provincia	País		Código Postal
Teléfonos	Fax	Correo electrónico	

**Expone:**

**Solicita:**

Le sea remitido un certificado con los datos que figuran en el Registro Nacional de Especialistas en Formación de la Subdirección General de Ordenación Profesional en el que se haga constar<sup>1</sup>:

En<sup>2</sup> ....., a .....de ..... de .....

**Firmado<sup>3</sup>:**

### **Adjuntar Fotocopia del Documento Nacional de Identidad**

### **SR. SUBDIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL – PASEO DEL PRADO 18 – 20, 28014 MADRID**

Los datos de carácter personal que se contienen en la presente solicitud y en la documentación complementaria se tratan de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y al REGLAMENTO (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD). Puede consultar la política de protección de datos del Ministerio en: <http://www.mscbs.gob.es/servCiudadanos/proteccionDatos/home.htm>

<sup>1</sup> Indicar todos los datos que deben figurar en el certificado.

<sup>2</sup> Indicar lugar y fecha.

<sup>3</sup> Firmar e indicar nombre y apellidos de la persona que firma la solicitud