



### **SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE PERIODOS FORMATIVOS PREVIOS**

(Orden de 18 de junio de 1993, sobre reconocimiento de periodos formativos previos de los médicos y farmacéuticos residentes en formación)

#### **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 (con prefijo internacional)	Fax (con prefijo internacional)	Correo electrónico	

Autorizo al Ministerio de Sanidad y Consumo a notificar a través del fax y correo indicado información relativa a mi expediente

#### **Expone:**

Que actualmente es especialista en formación en la especialidad de:		
Centro/Unidad Docente:		
Localidad:	Provincia:	Curso actual:

Que ha completado previamente la siguiente formación:

1	Centro/Unidad Docente:	Cursos completos:	
Especialidad:		fecha inicio (dd/mm/aaaa)	fecha fin (dd/mm/aaaa)
2 <sup>1</sup>	Centro/Unidad Docente:	Cursos completos:	
Especialidad:		fecha inicio (dd/mm/aaaa)	fecha fin (dd/mm/aaaa)

#### **Solicita:**

Que la Comisión de Docencia emita informe y presente esta solicitud ante la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para que se tenga por presentada y le sean reconocidos..... curso(s) de la especialidad .....que realiza actualmente en aplicación de lo dispuesto en la Orden de 18 de junio de 1993, sobre reconocimiento de periodos formativos previos de los médicos y farmacéuticos residentes en formación.

En<sup>2</sup> ..... , a..... de.....de 2019

Firmado<sup>3</sup>:

SR. /A. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA/COMISIÓN ASESORA  
Centro/Unidad Docente \_\_\_\_\_

**Una vez recibida la presente solicitud por la Comisión de Docencia/Comisión Asesora, se remitirá en todo caso, junto con su informe, al Registro Nacional de Especialistas en Formación de la Dirección General de Ordenación Profesional, – Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – P<sup>o</sup> 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.mschs.gob.es/servCiudadanos/proteccionDatos/home.htm>

<sup>1</sup> Rellenar solo cuando se hayan superado cursos completos en más de una especialidad o en la misma en distintos centros formativos

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

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