

CVE-DOGC-A-13361015-2013

Annex 1**Sol·licitud d'acreditació dels tutors de formació sanitària i especialitzada****Dades personals**Nom i cognoms NIF

Domicili (adreça, municipi i codi postal)

Telèfon 1 / Telèfon 2 Codi postal Adreça electrònica**Dades professionals**

Especialitat

Centre docent acreditat o comissió de docència

Domicili (adreça, municipi i codi postal) Adreça electrònica**Documentació a presentar per a l'acreditació** Declaració responsable

El senyor/La senyora _____ com a interessat/ada en aquest procediment, declaro sota la meua responsabilitat que aquestes dades són exactes i que dispo de la meua documentació acreditativa corresponent a l'experiència prèvia mínima assistencial desenvolupant una activitat assistencial específica de la meua especialitat, i d'un any d'activitat assistencial, al mateix centre o unitat docent acreditada, d'acord amb l'article 3.c) de l'Ordre.

Original certificat del/de la cap d'estudis del centre de formació sanitària especialitzada on s'exerceixi l'acció tutorial que acredita el compliment dels requisits que estableix l'article 3 de l'Ordre.

Sol·licito

L'acreditació com a tutor/a del Departament de Salut.

| |
|--|
| Signatura de la persona sol·licitant Lloc i data _____, ____ de _____ de 20__ |
|--|

DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓ I RECERCA EN SALUT

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les vostres dades són incorporades en un fitxer únicament per a la gestió d'aquesta sol·licitud.