

ANVERSO

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

ACREDITACIÓN DEL NIVEL DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

ACREDITACIÓN INICIAL **REACREDITACIÓN**

Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA nº 21 de 29/01/2007)

1 DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE		SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	DNI
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO	

2 DATOS RELATIVOS A LAS NOTIFICACIONES (Si son distintos a los indicados anteriormente)			
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante AUTORIZA , como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico segura facilitada por la plataforma Notific@ de la Junta de Andalucía. (Para ello deberán disponer de certificado de usuario de firma electrónica reconocida).			

3 DATOS DE LA ACREDITACIÓN	
MAPA DE COMPETENCIAS RESPECTO AL QUE SOLICITA LA ACREDITACIÓN	
CENTRO DE TRABAJO	PUESTO DE TRABAJO
SITUACIÓN DE SERVICIO ACTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PERIODO DE OCUPACIÓN ININTERRUMPIDA EN EL PUESTO DE TRABAJO Del al
FECHA DE NOTIFICACIÓN RESOLUCIÓN ACREDITACIÓN INICIAL O REACREDITACIÓN PREVA (Sólo para re acreditaciones)	

4 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> AUTORIZO a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento para que se requiera a la entidad certificadora del Sistema Sanitario Público de Andalucía la transmisión electrónica del resultado del proceso de evaluación. <input type="checkbox"/> Copia autenticada electrónica del original en soporte papel del resultado del proceso de evaluación emitido por la entidad certificadora del Sistema Sanitario Público de Andalucía. <input type="checkbox"/> Copia digitalizada del resultado del proceso de evaluación emitido por la entidad certificadora del Sistema Sanitario Público de Andalucía. <input type="checkbox"/> Copia autenticada en soporte papel del resultado del proceso de evaluación emitido por la entidad certificadora del Sistema Sanitario Público de Andalucía.



REVERSO ANEXO II

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA la acreditación del nivel de la competencia profesional para el puesto anteriormente citado.
En a de de
EL/LA SOLICITANTE
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad su utilización como instrumento de gestión del sistema de desarrollo profesional previsto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y demás normativa de aplicación. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, S/N. Edificio Arena 1. 41071 -SEVILLA.

001596D