

ANEXO: AUTOEVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DEL DIPLOMA DE ACREDITACIÓN EN EL ÁREA FUNCIONAL DE PALIATIVOS. VÍA EXCEPCIONAL (DECLARACIÓN RESPONSABLE)

Datos de la persona interesada

NIF / NIE					
Nombre		Apellido 1		Apellido 2	
Email		Teléfono 1			

REQUISITO A: PRÁCTICA PROFESIONAL

CÓDIGO Y NOMBRE CENTRO O UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	FECHAS PRESTACIÓN SERVICIO CUIDADOS PALIATIVOS		TIPO DE JORNADA	TIEMPO DE PRESTACIÓN SERVICIO CUIDADOS PALIATIVOS		
	Fecha de inicio	Fecha de finalización	% JORNADA (1)	AÑOS	MESES	DIAS
TOTAL						

CUMPLIMIENTO REQUISITO A: Mínimo de **cuatro años de práctica profesional en los último diez años**, justificado mediante certificados de servicios prestados en una unidad, equipo de soporte hospitalario o domiciliario de cuidados paliativos reconocidos o centro sanitario con la U.67 autorizada y con informe de evaluación positiva de desempeño de funciones en dicha área funcional. Si la actividad se realiza a tiempo parcial, deberá acreditarse una prestación de servicios equivalente. (1) La jornada podrá ser completa o parcial. Se indicará el % de jornada de prestación del servicio y el tiempo de prestación que corresponda respecto al % jornada completa.

SI
 NO

REQUISITO B: FORMACIÓN ESPECIALIZADA

Título del Máster o Experto Universitario en Cuidados Paliativos	FECHA EXPEDICIÓN TÍTULO	ORGANISMO EMISOR TÍTULO				

CUMPLIMIENTO REQUISITO B: Estar en posesión de **título Máster o Experto Universitario en Cuidados Paliativos, oficial o título propio**, impartidos por universidades o centros sanitarios que cumplan las condiciones y requisitos establecidos por la Ley Orgánica 6/2001 y el Real Decreto 640/2021

SI
 NO

En, a..... de..... de.....

FIRMA