D.G. de Investigación y Docencia (Sanidad)

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de Renovación en el Registro de personal sanitario de Transporte Sanitario

1.- Tipo de Solicitud:

○	Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	○	Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias

2.- Datos del interesado:

NIF/ NIE:			Pasaporte (1):		
Apellido 1º:			Apellido 2º:		
Nombre:		Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:	
Correo electrónico:					

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

3.- Datos del Representante:

NIF/ NIE:		Pasaporte (1):		Nombre:	
Apellido 1:		Apellido 2:		Fax:	
Correo electrónico:		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

(1): Indique Pasaporte sólo en caso de no disponer de NIF/ NIE

4.- Medio de notificación:

○	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
○	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
	Tipo de vía		Nombre vía						Nº		
	Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia		

5.- Documentación requerida:

	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia DNI / NIE anverso y reverso	○	○

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Comunidad de Madrid

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
5.1. Renovación-Medicina de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	☐
Copias de la formación adquirida en Medicina de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 90. horas en los tres últimos años	☐
5.2. Renovación-Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias	
Copia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	☐
Copias de la formación adquirida en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias, donde consten los contenidos formativos, las horas y las fechas de realización de los cursos. Número de horas de formación: 90. horas en los tres últimos años	☐

En……, a 28 ..... de marzo ……..… de 2024 ….

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad D.G. de Investigación y Docencia (Sanidad)

Limpiar campos | Imprimir | Guardar