

Dirección Gerencia

MODELO DE SOLICITUD DEL INTERESADO PARA EMISIÓN DEL CERTIFICADO DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD PARA LA ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Doña/Don, con título de especialista en (listado anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero) o habilitación para el ejercicio de la Medicina General en España desde,
Documento de Identidad,
Teléfono fijo: Teléfono móvil:
Correo electrónico:
Dirección a efectos de notificación:
Calle/Plaza..... Nº..... Bloque
Esc..... Piso..... Puerta..... Código Postal: Localidad:

Solicita, de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, la emisión del certificado previsto para el acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias, en la disposición transitoria primera, apartado 5.c), del Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias y se actualizan diversos aspectos en la formación del título de Médica/o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En..... a fecha....

Fdo:

A LA ATENCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.

Esta solicitud deberá ser registrada para su validez, bien de forma presencial en cualquier oficina de asistencia en materia de registros de cualquier órgano administrativo habilitado al efecto, o por sede electrónica.