

### ANEXO III

#### MODELO DE SOLICITUD DEL INTERESADO

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE LA ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (RD 610/2024, de 2 de julio, BOE núm. 160 de 3 de julio de 2024).

#### DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

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: .....

Calle/Plaza..... Nº..... Bloque ..... Esc.....  
Piso..... Puerta..... Código Postal: ..... Localidad: ..... Municipio: .....  
Provincia: .....

Mes de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección a efectos de notificación:


Correo electrónico:

Solicita Documento de Propuesta de la Dirección/Gerencia/Representación legal de haber ejercido en un centro sanitario C.1.1 con autorización de unidad asistencial U.68 o centro sanitario C.2.5.7 con autorización de unidad asistencial U.100 realizando las actividades de atención inmediata del paciente enfermo o lesionado de cualquier edad, mediante su diagnóstico diferencial e inicio o planificación del tratamiento, antes de su transferencia a otras personas especialistas, con indicación de la fecha inicio y fecha de fin de vigencia de la correspondiente autorización, de la fecha de inicio y de finalización de los servicios prestados y de la dedicación horaria, expresada en horas a la semana.

A los efectos de solicitar 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 la fecha..... Fdo:

A la atención de la Dirección Gerencia del Centro sanitario

Puede verificar la integridad de una copia de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a> indicando el código de VERIFICACIÓN				
FIRMADO POR	MARIA INMACULADA VAZQUEZ CRUZ	FECHA	12/08/2024	
VERIFICACIÓN	Pk2jm5HD2859LQW4KZ64R8W8Z2LQBE	PÁGINA	14/16	