

### 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 .....

con 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/A DIRECCIÓN GERENCIA DEL A.G.S. SERRANÍA**