



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE PERIODOS FORMATIVOS PREVIOS

(Orden de 18 de junio de 1993, sobre reconocimiento de periodos formativos previos de los médicos y farmacéuticos residentes en formación)

RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre y Apellidos		DNI/NIE/Pasaporte	
Domicilio (tipo de vía, nombre de vía, número, portal, piso, letra)		Localidad	
Provincia	País		Código Postal
Teléfonos	Fax	Correo electrónico	

Autorizo al Ministerio de Sanidad y Consumo a notificar a través del fax y correo indicado información relativa a mi expediente

Expone:

Que actualmente es especialista en formación en la especialidad de		
Centro/Unidad Docente		
ciudad	provincia	Curso actual

Que ha completado previamente la siguiente formación

1	Centro/Unidad Docente	Cursos completos	
Especialidad	fecha inicio (dd/mm/aaaa)	fecha fin (dd/mm/aaaa)	
2¹	Centro/Unidad Docente	Cursos completos	
Especialidad	fecha inicio (dd/mm/aaaa)	fecha fin (dd/mm/aaaa)	

Solicita:

Que la Comisión de Docencia emita informe y presente esta solicitud ante la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo para que se tenga por presentada y le sean reconocidos curso(s) de la especialidad que realiza actualmente en aplicación de lo dispuesto en la Orden de 18 de junio de 1993, sobre reconocimiento de periodos formativos previos de los médicos y farmacéuticos residentes en formación.

En² , a de de

Firmado³:

SR. /A. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA/COMISIÓN ASESORA

Centro/Unidad Docente

Una vez recibida la presente solicitud por la Comisión de Docencia/Comisión Asesora, se remitirá en todo caso, junto con su informe, a la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo – Paseo del Prado 18-20 – 28014 Madrid.

¹ Rellenar solo cuando se hayan superado cursos completos en más de una especialidad o en la misma en distintos centros formativos

² Indicar lugar y fecha.

³ Firmar e indicar nombre y apellidos de la persona que firma la solicitud