



FORMULARIO PARA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA (RD 689/2021, de 3 de agosto)

1. Datos personales y profesionales

NIF/NIE	
APELLIDOS	
NOMBRE	
Dirección de correo electrónico (campo obligatorio)	
Teléfono/s (obligatorio indicar un nº de teléfono móvil)	

2. Tiempo de ejercicio profesional desarrollado en unidades asistenciales de la Región de Murcia (marcar con X lo que corresponda).

Todo el ejercicio profesional requerido para el acceso al título se ha desarrollado en la Región de Murcia	<input type="radio"/>
Parte del ejercicio profesional requerido para el acceso al título se ha realizado en otra/s comunidad/es autónoma/s a la/s que se solicitará el correspondiente certificado.	<input type="radio"/>

3. Vía de acceso extraordinario:

<p>PSIQUIATRÍA (Disposición transitoria 1ª, apartado 1.a) del RD 689/2021)</p> <p>Para la obtención del título se debe acreditar una prestación de servicios vinculada con el perfil de la especialidad durante, al menos, cuatro años dentro de los siete anteriores a 5 de agosto de 2021, fecha de la entrada en vigor del RD 689/2021. Dicho ejercicio profesional se corresponderá, como mínimo, con la jornada ordinaria del personal estatutario de los servicios públicos de salud.</p> <p>Si la actividad profesional se realiza a tiempo parcial, deberá acreditarse una prestación de servicios equivalente a la establecida en el párrafo anterior, ampliando a los diez años previos el periodo en el que se puede cumplir el requisito de ejercicio profesional.</p>	<input type="radio"/>
<p>PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS (Disposición transitoria 1ª, apartado 2 del RD 689/2021)</p> <p>Para la obtención del título se debe acreditar una prestación de servicios vinculada con el perfil de la especialidad durante al menos ocho años dentro de los diez anteriores a 5 de agosto de 2021, fecha de la entrada en vigor de RD 689/2021. Dicho ejercicio profesional se corresponderá, como mínimo, con la jornada ordinaria del personal estatutario de los servicios públicos de salud.</p>	<input type="radio"/>



4. Periodo/s y centro/s sanitario/s autorizado/s de la Región de Murcia con código CCN en los que se han prestado servicios en una unidad asistencial U.69 con el perfil de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (si se precisa cumplimentar más filas se puede rellenar y adjuntar un segundo formulario) :

Centro	CCN (*)	Periodo dd/mm/aaaa - dd/mm/aaaa	Horas/ semana**

* Solo para centros ajenos al Servicio Murciano de Salud. Si no se dispone del CCN, se puede indicar en ese mismo apartado el "Código autonómico de autorización del centro".

** Indicar las horas semanales dedicadas a la prestación de servicios en el área de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa de que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es la persona titular de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la aplicación del RD 689/2021, de 3 de agosto. La legitimación se basa en el consentimiento del interesado y en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Los destinatarios podrán ser otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento se realizará enviando una solicitud por escrito acompañada de fotocopia de su DNI, dirigida a la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, C/ CENTRAL, N°7, EDIFICIO HABITAMIA - 30100 ESPINARDO (MURCIA). Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos



5. Actividades asistenciales realizadas en el área de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en los periodos indicados en el punto 4 (de las actividades de “promoción de la salud mental y la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, y del comportamiento que afectan a los niños, a los adolescentes y a sus familias” incluir las que correspondan eliminando o añadiendo las que sean necesarias hasta ajustarse a la realidad de la práctica clínica).

Periodo	Actividades

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa de que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es la persona titular de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la aplicación del RD 689/2021, de 3 de agosto. La legitimación se basa en el consentimiento del interesado y en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Los destinatarios podrán ser otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento se realizará enviando una solicitud por escrito acompañada de fotocopia de su DNI, dirigida a la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, C/ CENTRAL, Nº7, EDIFICIO HABITAMIA - 30100 ESPINARDO (MURCIA). Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos



<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Documentación que se adjunta	
<input type="checkbox"/>	Título de especialista en Ciencias de la Salud (Psiquiatría o Pediatría y sus Áreas Específicas)
<input type="checkbox"/>	Otros: <input type="text"/>

A la vista de lo expuesto, **SOLICITO** certificado de acreditación del ejercicio profesional desarrollado en unidades asistenciales de la Región de Murcia en el área de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

(La fecha y la firma se corresponden las de la solicitud electrónica a la que se adjunta este formulario)

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Unidad de Desarrollo Profesional. C/ Pinares, 6-4ª Planta. 30001 MURCIA