

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Especialidad	Centro de Trabajo	
Localidad	Provincia	

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA PRESENTE CONVOCATORIA Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES DE APLICACIÓN

DECLARO RESPONSABLEMENTE

REUNIR LOS REQUISITOS PARA OPTAR A LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN COMO TUTOR DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA Y QUE SON CIERTOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD Y DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

En....., a.....de.....de 20.....

(Firma del solicitante)

De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, [Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE], se informa a los interesados que los datos que facilitan en este formulario son objeto de protección en los términos y condiciones expuestos en el Anexo VIII.

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL Y DESARROLLO PROFESIONAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD EXCLUSIVAMENTE en el caso de las comisiones de docencia de carácter regional (**Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Castilla y León y Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Castilla y León**) o profesionales sanitarios de una administración pública que preste servicios en la Comunidad de Castilla y León, pero fuera de los centros o unidades docentes