**SOLICITUD DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**

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: ………………………………………… Correo electrónico: ……………………………………………………….. Dirección a efectos de notificación: Calle/Plaza………………………………………………………………………………….. Nº…… Bloque …… Esc…… Piso….. Puerta…… Código Postal: …………………. Localidad: ……………………….. Municipio: ………………………….. Provincia: …………………………………………….

**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.

Todo ello a los efectos de que por esa Gerencia se realicen los trámites oportunos para que se proceda a 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……………………, a fecha…………..

 Fdo:

A la atención de la Dirección/Gerencia/Responsable legal del Centro Sanitario………