SOLICITUD

REACREDITACIÓN-AMPLIACIÓN DE PLAZO PERSONAL INSTRUCTOR PROGRAMA REGIONAL DE FORMACIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS (Anexo II.2, apdo. 5)

DATOS PERSONALES			
NIF/NIE 8 cifras y letra, sin guion	Primer apellido Primer apellido	Segundo apellido Segundo apellido	Nombre Nombre
Teléfono/s	Teléfono 1	Teléfono 2	
Correo electrónico	Correo electrónico		
DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES			
Categoría profesional	Indique su categoría profesional		
Centro de trabajo	Indique el centro donde trabaja actualmente		
Puesto de trabajo	Puesto de trabajo		

EXPONE:

1º) Que estoy acreditado como personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas.

2º) Que el plazo de vigencia de mi acreditación finaliza próximamente.

3º) Que no cumplo con el requisito de reacreditación de oficio previsto en el apartado 3.1.a) del Anexo II.2 de la Resolución de 17 de julio de 2026, de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se aprueba el Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas (“*Haber ejercido como Instructor/a del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas en, al menos, cuatro actividades de formación del citado programa en los cinco años siguientes a la fecha de la última acreditación vigente. En el caso de que la acreditación a renovar sea de “Emergencias Obstétricas-Tocurgia”, al menos una de las cuatro actividades impartidas deberá ser de este ámbito de actuación. De lo contrario, se obtendrá la reacreditación, exclusivamente, del ámbito de Emergencias Obstétricas*).

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 responsable el Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la gestión de la formación continuada del personal del Servicio Murciano de Salud. 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) o en la dirección de correo electrónico del dpd: dpd-sms@carm.es. Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos

4º) Que durante el periodo de vigencia de mi acreditación he estado en alguna de las siguientes situaciones impidiéndome alcanzar el cumplimiento de dicho requisito:

Situación		Período
☐	Incapacidad Temporal	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
☐	Permiso por nacimiento (o equivalente)	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
☐	Permiso acumulado de lactancia	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
☐	Excedencia por cuidado de familiares	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Por lo expuesto, solicito la ampliación durante un año del plazo para ser reacreditado como personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas a fin de alcanzar el número de actividades formativa suficientes conforme a citado apartado 3.1.a) del Anexo II.2.

Fdo.: *Haga clic o pulse aquí para escribir texto*

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 responsable el Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la gestión de la formación continuada del personal del Servicio Murciano de Salud. 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) o en la dirección de correo electrónico del dpd: dpd-sms@carm.es. Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos