



**ACREDITACIÓN PERSONAL INSTRUCTOR
PROGRAMA REGIONAL DE FORMACIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
(Anexo II.2, apdo. 5)**

SOLICITUD DE PRÁCTICAS DOCENTES

Este formulario está destinado a solicitar la acreditación como personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas del Servicio Murciano de Salud. A tal efecto, y para el cumplimiento del requisito previsto en el apartado 3.b) del Anexo II.1, la persona interesada solicita su participación como personal instructor en prácticas en actividades formativas del programa.

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 presta servicios en una categoría/opción estatutaria del Servicio Murciano de Salud del ámbito personal de aplicación del procedimiento de acreditación de personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas previsto en el Anexo II.1 de la Resolución de 17 de julio de 2026, de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se aprueba dicho programa.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Unidad de Desarrollo Profesional. C/ Pinares, 4 - 2ª planta. 30001 MURCIA

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

2.º) Que posee una acreditación o diploma como personal instructor en simulación clínica expedido por una Administración Pública o sociedades científicas u otras entidades de reconocido prestigio en el ámbito de la simulación clínica, conforme al requisito establecido en el punto 3.a) del citado anexo.

3º) Que reúne los requisitos exigidos para obtener la acreditación como personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas, salvo el relativo a la realización de las prácticas docentes previstas en el apartado 3.b) del Anexo II.1.

SOLICITA:

Que le sea autorizada la participación como personal instructor en prácticas en las actividades formativas previstas para el cumplimiento del requisito recogido en el apartado 3.b) del Anexo II.1, al objeto de que, una vez superadas con evaluación favorable, pueda procederse a su acreditación como personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas.

II. DOCUMENTACIÓN QUE SOLICITA QUE SE INCORPORE DE OFICIO *(marque con X si procede)*

☐	Acreditación como INSTRUCTOR/A en Simulación Clínica expedida por el Servicio Murciano de Salud. (Indique nombre de la actividad y fecha y lugar de realización) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
--------------------------	---

III. DOCUMENTACIÓN QUE APORTA *(marque con X lo que proceda)*

☐	Acreditación como INSTRUCTOR/A en Simulación Clínica expedida por una Administración Pública distinta al Servicio Murciano de Salud, sociedades científicas u otras entidades reconocidas en el ámbito de la simulación clínica: (Indique nombre de la actividad y fecha y lugar de realización) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
--------------------------	--

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