

## SOLICITUD

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

*Este formulario está destinado a solicitar la reacreditación cuando se tenga que valorar la participación como personal instructor en actividades formativas organizadas por entidades distintas al Servicio Murciano de Salud a efectos de justificar el cumplimiento del requisito de reacreditación del apartado 3.1.a) del Anexo II.2.*

*La actividad docente desarrollada en el marco del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas del Servicio Murciano de Salud será comprobada y valorada de oficio y, por tanto, no es preciso aportarla ni solicitar la reacreditación.*

| DATOS PERSONALES                       |                                             |                                    |                                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| NIF/NIE<br>8 cifras y letra, sin guion |                                             | Primer apellido<br>Primer apellido | Segundo apellido<br>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 tiene la condición de personal instructor del Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas.

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

**3º)** Que 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 establece como requisito para la reacreditación: *“Haber ejercido como Instructor/a en, al menos, cuatro actividades de formación 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”.*

**4º)** Que durante el periodo de vigencia de la acreditación, ha desarrollado actividad docente como personal instructor en las siguientes actividades formativas (de las que se aporta la documentación justificativa) organizadas por otros servicios de salud, administraciones sanitarias, instituciones públicas o entidades acreditadas, cuyos contenidos y competencias son equivalentes a los contemplados en el citado programa:

| Actividad formativa                         | Entidad organizadora                        | Servicio de Salud/Comunidad Autónoma        | Fecha de realización                            | Horas impartidas                            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto.     | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

## SOLICITA

Que se le otorgue la reacreditación como personal instructor, previa valoración de las actividades formativas relacionadas como equivalentes a las contempladas en el Programa Regional de Formación en Emergencias Obstétricas, a efectos de acreditar el cumplimiento del requisito previsto en el apartado 3.1.a) del Anexo II.2.

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

**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-smis@carm.es. Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.murciasalud.es/proteccion\\_datos](http://www.murciasalud.es/proteccion_datos)*