



## ANEXO II

### SOLICITUD DE RENOVACIÓN DEL RECONOCIMIENTO O DE REACREDITACIÓN DE FORMADORES DEL PROGRAMA PERSÉFONE

#### DATOS PERSONALES

NIF/NIE	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Dirección			Código Postal
Municipio	Provincia	Teléfono/s	
Correo electrónico:			

#### DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

Titulación académica	
Categoría profesional	
Centro de trabajo	
Puesto de trabajo	

#### SOLICITA:

	a) Renovación del reconocimiento de la acreditación de INSTRUCTORES en RCP de Sociedades Científicas por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Perséfone.
	b) Renovación del reconocimiento de la acreditación de MONITORES en RCP de Sociedades Científicas por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Perséfone.
	c) Reacreditación de DOCENTES en RCP por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Perséfone.
	d) SUPUESTO ESPECIAL para la acreditación por el Servicio Murciano de Salud de Instructores inicialmente acreditados por las Sociedades Científicas. II Programa Perséfone.

*De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados a un fichero del que es titular la empresa pública Servicio Murciano de Salud. En ningún caso serán utilizados con fines distintos de los aquí expresados, ni por organizaciones diferentes. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso oposición, enviando 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)*



**PARA LO QUE APORTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN (marcar con X lo que proceda):**

**Supuestos a) y b):**

	Acreditación vigente como INSTRUCTOR o MONITOR en soporte vital avanzado según los requisitos de acreditación exigidos por las Sociedades Científicas reconocidas por el Consejo Español de RCP (CERCP).
--	--

**Supuestos c) y d):**

	Certificados de actividades formativas de soporte vital impartidas fuera del ámbito del Servicio Murciano de Salud como DOCENTE o INSTRUCTOR en los últimos 5 años. <i>(Mínimo 3 actividades formativas)</i>
	Experiencia profesional fuera del Servicio Murciano de Salud en el campo de la urgencia/emergencia/críticos de los últimos 5 años. <i>(La experiencia en la Administración Pública se justificará mediante el correspondiente certificado de servicios prestados. La experiencia en el sector privado se justificará mediante contratos e informe de vida laboral)</i>
	Solicito que se incorporen de oficio al expediente las actividades formativas de soporte vital impartidas en los últimos 5 años en el Servicio Murciano de Salud.(1)
	Solicito que se incorpore de oficio al expediente mi experiencia profesional de los últimos 5 años en el ámbito del Servicio Murciano de Salud (1)

(1) y (2) No será necesario aportar documentación relativa a la experiencia profesional y las actividades formativas del ámbito del Servicio Murciano de Salud, que se incorporarán de oficio al expediente.

Murcia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
Unidad de Desarrollo Profesional. C/ Pinares, 6-4ª Planta. 30001 MURCIA

*De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados a un fichero del que es titular la empresa pública Servicio Murciano de Salud. En ningún caso serán utilizados con fines distintos de los aquí expresados, ni por organizaciones diferentes. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso oposición, enviando 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)*