



PROGRAMA PERSÉFONE

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO O DE ACREDITACIÓN DE FORMADOR DEL PROGRAMA PERSÉFONE

DATOS PERSONALES

NIF/NIE	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Dirección			Código Postal
Municipio	Provincia	Dirección de correo electrónico	
Teléfonos fijos		Teléfonos móviles	

DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

Titulación académica	
Categoría profesional	
Centro de trabajo	
Puesto de trabajo	

SOLICITA:

	a) Reconocimiento de acreditación de INSTRUCTOR en RCP de Sociedad Científica. II Programa Perséfone.
	b) Reconocimiento de acreditación de MONITOR en RCP de Sociedad Científica. II Programa Perséfone.
	c) Acreditación de DOCENTE en RCP por el Servicio Murciano de Salud. II Programa Perséfone.



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).
--	--

Supuesto c):

	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 incorpore de oficio al expediente mi experiencia profesional de los últimos 5 años en el ámbito del Servicio Murciano de Salud (1)
	Solicito que se incorporen de oficio al expediente las actividades formativas de formación de formadores en soporte vital avanzado del Programa Perséfone (2)

(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)