

# SOLICITUD PARA EL ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA, SEGÚN LA DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA DEL REAL DECRETO 450/2005, DE 22 DE ABRIL

CUMPLIMENTAR A MAQUINA O CON LETRAS MAYÚSCULAS  
MARCAR CON UNA X LOS DOCUMENTOS PRECEPTIVOS

## 1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos

|  |
|--|
|  |
|--|

DNI o Pasaporte en vigor

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Nacimiento

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Sexo

|   |   |
|---|---|
| M | H |
|   |   |

Nacionalidad

|  |
|--|
|  |
|--|

## 2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

EXPONE:

Que reúne los requisitos previstos en la Disposición Transitoria Segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

SOLICITA:

Sea admitida a trámite la presente solicitud para acceder al título de Enfermero Especialista según el procedimiento regulado por el citado Real Decreto.

### DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA. ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA

- |                          |                    |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | E. de Salud Mental | <input type="checkbox"/> | E. de Cuidados Médico – Quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> | E. Geriátrica      | <input type="checkbox"/> | E. Familiar y Comunitaria           |
| <input type="checkbox"/> | E. del Trabajo**   | <input type="checkbox"/> | E. Pediátrica                       |

Documentos preceptivos que se acompañan a la solicitud:

#### DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

#### TITULACIÓN

- |                          |                                |                          |  |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Copia compulsada del DNI       | <input type="checkbox"/> | Copia compulsada del Título de Diplomado Universitario en Enfermería             |
| <input type="checkbox"/> | Copia compulsada del Pasaporte | <input type="checkbox"/> | Copia compulsada del Título de Ayudante Técnico Sanitario                        |
|                          |                                | <input type="checkbox"/> | Copia compulsada del Título equivalente u homologado de alguno de los anteriores |

#### DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

- a)  Acreditación ejercicio profesional (**mínimo 4 años**) en el correspondiente ámbito
- b)  Acreditación ejercicio profesional (**mínimo 2 años**) en el correspondiente ámbito
- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Formación Complementaria | <input type="checkbox"/> | Formación continuada acreditada, relacionada con la especialidad no inferior a <b>40 créditos</b>          |
|                          |                          | <input type="checkbox"/> | Título postgrado universitario relacionado con la especialidad, no inferior a <b>20 créditos/200 horas</b> |
|                          |                          | <input type="checkbox"/> | ** Para E. del Trabajo: Diploma de ATS/DUE de Empresa o de Enfermería del Trabajo                          |
- c)  Acreditación ejercicio como profesor EUE (**mínimo 3 años**) en el área de conocimiento de la especialidad
- Acreditación actividad asistencial (**mínimo 1 año**) en el correspondiente ámbito

## 3. DATOS DEL SOLICITANTE A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

#### DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN

|                      |  |           |  |                    |  |            |  |
|----------------------|--|-----------|--|--------------------|--|------------|--|
| Avda, Calle, Plaza   |  | Localidad |  | Código Postal      |  |            |  |
|                      |  |           |  |                    |  |            |  |
| Provincia            |  | País      |  | Teléfono 1         |  | Teléfono 2 |  |
|                      |  |           |  |                    |  |            |  |
| Lugar, fecha y firma |  |           |  | Correo electrónico |  |            |  |
|                      |  |           |  |                    |  |            |  |