

**SOLICITUD PARA LA EXPEDICIÓN DE UN NUEVO TÍTULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA,
SEGÚN LA DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA DEL REAL DECRETO 450/2005, DE 22 DE ABRIL,
SOBRE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA**

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

--	--	--	--

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

EXPONE:

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

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 ADICIONAL SEGUNDA

TÍTULO DE ESPECIALISTA QUE SE POSEE	NUEVO TÍTULO DE ESPECIALISTA SOLICITADO
<input type="checkbox"/> Neurología (Decreto 3192/1970)	<input type="checkbox"/> Enfermería de Cuidados Médico - Quirúrgicos
<input type="checkbox"/> Urología y Nefrología (Decreto 2233/1975)	
<input type="checkbox"/> Análisis Clínicos (Decreto 203/1971)	
<input type="checkbox"/> Radiología y Electrología (Decreto 1153/1961)	
<input type="checkbox"/> Enfermería de Cuidados Especiales (Decreto 992/1987)	
<input type="checkbox"/> Pediatría y Puericultura (Decreto 3524/1964)	<input type="checkbox"/> Enfermería Pediátrica
<input type="checkbox"/> Psiquiatría (Decreto 3193/1970)	<input type="checkbox"/> Enfermería de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Asistencia Obstétrica (Matrona) (RD 2287/1980)	<input type="checkbox"/> Enfermería Obstétrico – Ginecológica (Matrona)

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 Graduado/ Diplomado 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 |
| | <input type="checkbox"/> Copia compulsada del Título oficial de ATS/ DUE de Especialista que se posee |

3. DATOS DEL SOLICITANTE A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN

Avenida, Calle, Plaza	Localidad	Código Postal							
		<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:12.5%;"> </td> <td style="width:12.5%;"> </td> <td style="width:12.5%;"> </td> <td style="width:12.5%;"> </td> <td style="width:12.5%;"> </td> <td style="width:12.5%;"> </td> <td style="width:12.5%;"> </td> </tr> </table>							

Provincia	País	Teléfono 1	Teléfono 2

Lugar, fecha y firma	Correo electrónico

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos solicitados en este impreso son necesarios para la tramitación de la solicitud y podrán ser objeto de tratamiento automatizado. La responsabilidad del fichero automatizado corresponde a la Dirección General de Política Universitaria

Secretaría General de Universidades

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. C/ Los Madrazo, número 17. 28014 MADRID.