

ANEXO I. SOLICITUD PARA ACCEDER AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (ANVERSO)
CUMPLIMENTAR A MAQUINA O CON LETRAS MAYUSCULAS

1. Datos del solicitante

Nombre y apellidos				
<input type="text"/>				
Número de D.N.I. o Pasaporte	Fecha de nacimiento	Poseedor del grado de Doctor	Poseedor de, al menos, otra licenciatura	Poseedor de, al menos, un Título de Especialista
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marcar si afirmativo	<input type="checkbox"/> Idem si afirmativo	<input type="checkbox"/> Idem si afirmativo

2. Datos relativos a la solicitud**EXPONE:**

Que reúne los requisitos previstos en el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud

SOLICITA:

Sea admitida a trámite la presente solicitud para acceder al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, según el procedimiento regulado por el citado Real Decreto.

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos preceptivos:

- a) Título de Licenciado en Medicina y Cirugía o Certificado Sustitutorio
- | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Licenciatura | Año de inicio | Año final | Universidad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- b) Certificaciones acreditativas de haber prestado servicios profesionales efectivos como Médico de Familia expedidas por:
- Gerentes de Áreas de Salud.
 - Responsables de los Servicios Sanitarios de Administraciones Públicas.
 - Responsables de centros sanitarios concertados, con el VºBº correspondiente.
- c) Títulos, diplomas o certificados de las actividades de formación complementaria expedidos, informados o visados por los Organismos relacionados en la Tabla 1 (ver reverso).

Materia (ver reverso y cumplimentar con el código de materia que corresponda según la Tabla 2)	Duración en horas	Año de inicio de la actividad	Materia (ver reverso y cumplimentar con el código de materia que corresponda según la Tabla 2)	Duración en horas	Año de inicio de la actividad

Total de horas de formación acreditadas

3. Solicitantes que pueden optar a la obtención de este título conforme a lo previsto en la Disposición Adicional Quinta del Real Decreto 1753/1998

El interesado manifiesta acogerse a lo dispuesto en la mencionada Disposición Adicional por haber sido admitido al curso de perfeccionamiento regulado por el R.D. 264/1989, a cuyos efectos aporta:

- Certificación expedida por el órgano responsable de la Consejería/Departamento de Sanidad/Salud de la Comunidad Autónoma de _____ acreditativa de su admisión a dicho curso

4. Datos relativos al lugar de ejercicio profesional y al domicilio de notificación

Comunidad Autónoma en la que desarrolla el ejercicio profesional	
<input type="text"/>	
Domicilio de notificación	
Avda., calle o plaza	
<input type="text"/>	
Localidad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Comunidad Autónoma
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono (con prefijo)	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar y fecha	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>