

**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  
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 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**

**Especialidad solicitada**


E. de Salud Mental

E. Geriátrica

E. del Trabajo


E. de Cuidados Médico – Quirúrgicos

E. Familiar y Comunitaria

E. Pediátrica

**Documentos preceptivos que se acompañan a la solicitud:**

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**


Copia compulsada del DNI

--

Copia compulsada del Pasaporte

**TITULACIÓN**


Copia compulsada del Título de Diplomado Universitario en Enfermería

Copia compulsada del Título de Ayudante Técnico Sanitario

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 ), realizando actividades propias de la especialidad solicitada**

b)  **Formación Complementaria**


1) Formación Continuada acreditada relacionada, no inferior a **40 créditos**  
2) En el caso de **Enfermería del Trabajo, Diploma de Enfermería del Trabajo o Diploma de ATS/DUE de Empresa**  
3) Título postgrado universitario relacionado, no inferior a **20 créditos/ 200 horas**

c)  **Acreditación ejercicio como profesor EUE ( mínimo 3 años )** en el área de conocimiento de la especialidad

c)  **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

--	--

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. C/ Los Madrazo, número 17. 28014 MADRID.