



## 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.

*De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa de que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es responsable el Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la gestión de la formación continuada del personal del Servicio Murciano de Salud. La legitimación se basa en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Los destinatarios podrán ser otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento se realizará enviando una 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). Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.murciasalud.es/proteccion\\_datos](http://www.murciasalud.es/proteccion_datos)*



**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 el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa de que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es responsable el Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la gestión de la formación continuada del personal del Servicio Murciano de Salud. La legitimación se basa en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Los destinatarios podrán ser otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento se realizará enviando una 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). Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.murciasalud.es/proteccion\\_datos](http://www.murciasalud.es/proteccion_datos)*