

## ANEXO

### SOLICITUD DE HOMOLOGACION DE GRADO DE CARRERA PROFESIONAL O DE NIVEL DE DESARROLLO PROFESIONAL RECONOCIDO EN OTRO SERVICIO DE SALUD

#### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DOMICILIO: Calle o Plaza , número, planta		D.N.I.
MUNICIPIO	PROVINCIA	CODIGO POSTAL
TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO

#### DATOS PROFESIONALES

CATEGORIA	ESPECIALIDAD
CENTRO O INSTITUCION SANITARIA DONDE ACTUALMENTE PRESTA SERVICIOS	SERVICIO DE SALUD DE ORIGEN
FECHA DE INICIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
MOTIVO DE INCORPORACION AL SESPA	
<b>GRADO O NIVEL DEL QUE SOLICITA HOMOLOGACION</b> <input type="checkbox"/> GRADO I <input type="checkbox"/> GRADO II <input type="checkbox"/> GRADO III <input type="checkbox"/> GRADO IV <input type="checkbox"/> NIVEL I <input type="checkbox"/> NIVEL II <input type="checkbox"/> NIVEL III <input type="checkbox"/> NIVEL IV	
FECHA DEL RECONOCIMIENTO DEL GRADO/NIVEL SOLICITADO: _____	
SERVICIO DE SALUD QUE HA RECONOCIDO EL GRADO/NIVEL SOLICITADO: _____ _____	
CATEGORIA Y/O ESPECIALIDAD EN LA QUE SE HA RECONOCIDO EL GRADO/NIVEL SOLICITADO: _____	

#### DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL NIVEL SOLICITADO

<input type="checkbox"/> RESOLUCION DE RECONOCIMIENTO
<input type="checkbox"/> OTRA DOCUMENTACION: _____

El abajo firmante solicita la homologación del Grado/Nivel de carrera/desarrollo profesional, y DECLARA que reúne los requisitos exigidos y que son ciertos los datos y circunstancias que se hacen constar en la presente solicitud.

En.....,a.....de.....201.....  
(firma)

DIRECCION GERENCIA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS