

**MODELO DE SOLICITUD  
PARA EL RECONOCIMIENTO DE DIPLOMAS, CERTIFICADOS Y OTROS TÍTULOS DE  
MÉDICO ESPECIALISTA DE LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA**

**DATOS PERSONALES:**

APELLIDOS Y NOMBRE:

PASAPORTE/DNI:

DIRECCIÓN:

C.P.:

PAIS:

NACIONALIDAD:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

**SOLICITA:**

Al amparo del artículo 12 Bis del Real Decreto 1171/2003, de 12 de septiembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2001/19/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2001, por la que se modifican directivas sobre reconocimiento profesional y se modifican los correspondientes Reales Decretos de transposición, que modifica el Real Decreto 1691/1989, de 29 de diciembre y sus posteriores modificaciones.

.....(1), realizada en .....(2)

**DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:**

(Señalar con una X la documentación que se aporta).

Fotocopia del DNI o certificación acreditativa de la nacionalidad.

Título español de Licenciado en Medicina y Cirugía o equivalente extranjero homologado en España.

Certificado, Diploma u otro Título oficial acreditativo de la formación médica especializada, expedido por la autoridad que ostente la competencia en el país correspondiente y que faculte para ejercer en dicho Estado, actividades propias de la Especialidad.

Certificación oficial del programa formativo cursado.

Certificación oficial de actividades teórico-prácticas.

Certificación acreditativa del tiempo de ejercicio profesional específico de la especialidad que se solicita.

Certificación de la Autoridad competente acreditativa de que el Título, Certificado o Diploma presentado faculta para ejercer en ese Estado las actividades propias de tal especialidad.

En

a

de

de

Firma del Solicitante,

Ilma. Sra. Directora General de Universidades.  
SECRETARIA DE ESTADO DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN.  
C/ Serrano, 150.  
28071 – MADRID

(1) Especialidad médica.

(2) Estado miembro de la U.E o E.E.E.