

SOLICITUD AL ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL, SEGÚN LA DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA DEL REAL DECRETO 183/2008, DE 8 DE FEBRERO, MODIFICACIÓN DE LA DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA DEL REAL DECRETO 450/2005 , DE 22 DE ABRIL, SOBRE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA

CUMPLIMENTAR A MAQUINA O CON LETRAS MAYÚSCULAS  
MARCAR 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 Adicional Cuarta del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

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 ADICIONAL CUARTA DEL REAL DECRETO 138/2008. ACCESO EXCEPCIONAL AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DE SALUD MENTAL. MODIFICACIÓN DE LA DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA DEL REAL DECRETO 450/2005.**

Especialidad solicitada  Enfermería de Salud Mental

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**) en el correspondiente ámbito
- Formación Complementaria  Formación continuada acreditada, relacionada con la especialidad no inferior a **40 créditos**  
 Título postgrado universitario relacionado con la especialidad, no inferior a **20 créditos/200 horas**
- c)  Acreditación ejercicio como profesor EUE (**mínimo 3 años**) en el área de conocimiento de la especialidad  
 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

--	--

Excmo. Sr. Secretario de Estado de Universidades e Investigación  
Ministerio de Educación y Ciencia. C/ Albacete nº 5, 28071 MADRID