

D., director/gerente o representante legal del:

- ☐ **Centro sanitario C.1.1 Hospitales Generales, con autorización de unidad asistencial U.68:**
....., con Código Nacional Normalizado (CCN):
- ☐ **centro sanitario C.2.5.7, con autorización de unidad asistencial U.100:**, con
Código Nacional Normalizado (CCN)

autorizada durante todo el periodo certificado, conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre.

De acuerdo con la *Disposición transitoria primera. Acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias*, del Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias y se actualizan diversos aspectos en la formación del título de Médica/o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

CERTIFICA

Doña/don, DNI....., con titulación de graduado o licenciado en medicina “post 1995” o su homologación, desde, ha ejercido su actividad en un puesto de la categoría.....en la unidad asistencial del centro anteriormente indicado los siguientes periodos:

- desde..... (fecha inicio) hasta..... (fecha fin), con una dedicación horaria de (horas/semana)
-
-
-
- Suma total de los periodos certificados:

realizando las actividades de atención inmediata del paciente enfermo o lesionado de cualquier edad, mediante su diagnóstico diferencial e inicio o planificación del tratamiento, antes de su transferencia a otras personas especialistas.

Y para que así conste y a efectos de participación en el procedimiento de acceso extraordinario al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias previsto en la disposición transitoria primera del Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias y se actualizan diversos aspectos en la formación del título de Médica/o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, se expide la presente certificación.