

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD**PARA HABILITACIÓN PROFESIONAL (Código de Procedimiento: 1010)**

- HIGIENISTA DENTAL
 PROTÉSICO DENTAL

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DNI/NIE/NIF:	NACIONALIDAD:
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
TELÉFONO FIJO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	

2 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA	
<input type="checkbox"/>	Boletines de cotización a la Seguridad Social o certificación de dichas cotizaciones expedido por la correspondiente Entidad Gestora.
<input type="checkbox"/>	Documentación que acredite el tiempo de ejercicio profesional y la fecha de su inicio (contrato de trabajo, parte de alta en el régimen de trabajadores autónomos).
<input type="checkbox"/>	En el caso de los Higienistas dentales, certificación de las funciones desempeñadas, expedida por el Odontólogo o Estomatólogo, visado por el Director Gerente del Centro (cuando el ejercicio profesional se hubiera desarrollado en centros sanitarios de titularidad pública), ó por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos (cuando el ejercicio profesional se hubiera desarrollado en centros sanitarios de titularidad privada).

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE	
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)	
<input type="checkbox"/>	La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

4 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que reúno los requisitos establecidos y al amparo de la Orden del Ministerio de la Presidencia, de 14 de mayo de 1997, por la que se desarrolla la Disposición Transitoria Primera del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, y en el Decreto/1999, de de, en relación con la profesión de	
Y SOLICITO la concesión del Certificado de Habilitación Profesional interesado.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE	
Fdo.:	

ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN EN SALUD**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:****CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias, cuya dirección es Avenida de la Innovación s/n, 41020, Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la tramitación y resolución de las solicitudes, cuya base jurídica es Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>