

**Sol·licitud d'acreditació de titulacions espanyoles de formació professional, branca sanitària, a l'efecte de poder exercir en un altre estat membre de la Unió Europea o signatari de l'Acord sobre l'Espai Econòmic Europeu (RD581/2017, de 9 de juny)**

---

**Dades personals**

---

Noms i cognoms	NIF / Passaport	Nacionalitat
Adreça (a efecte de notificacions)	Localitat	CP
Telèfon	Adreça electrònica	

---

**Dades del títol/diploma/certificat**

---

Títol, diploma i/o certificat

---

Professió que voleu exercir a la Unió Europea o algun estat de l'Espai Econòmic Europeu

---

**Sol·licito** el reconeixement del títol/diploma/certificat esmentada a l'efecte d'exercir professionalment a Espanya a l'empara del que estableix el RD 581/2017 del 9 de juny, pel qual s'incorporen a l'ordenament jurídic espanyol la Directiva 2013/55/UE, i del Parlament Europeu i del Consell, de 20 de novembre de 2013, per la qual es modifica la Directiva 2005/36/CE, relativa al reconeixement de qualificacions professionals i el Reglament (UE) núm.1024/2012 relatiu a la cooperació administrativa a través del Sistema d'Informació del mercat interior (Reglament IMI).

---

Signatura de la persona sol·licitant

Data

---

**DIRECCIÓ GENERAL DE PROFESSIONALS DE LA SALUT**