



ACR

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE TÍTULOS ESPAÑOLES PARA EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES REGULADAS POR LA DIRECTIVA 2005/36/CE A EFECTOS DE SU EJERCICIO EN OTRO PAÍS DE LA UNIÓN EUROPEA Y AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN EL REAL DECRETO 581/2017, DE 9 DE JUNIO

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1º Apellido		2º Apellido		Nombre	
Documento de identidad		País del documento			Fecha nacimiento
País de nacimiento			Género	Nacionalidad	
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico (a efectos de notificación)	

DATOS DEL INTERESADO RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN - **ES OBLIGATORIO CUMPLIMENTAR TODOS LOS CAMPOS DE ESTE APARTADO**

Dirección postal		Ciudad			
Código postal	Provincia			País	
A la atención de					

DATOS DEL REPRESENTANTE (solo en caso de actuar mediante representación)

1º Apellido	2º Apellido	Nombre	Documento de identidad
-------------	-------------	--------	------------------------

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD - **ES OBLIGATORIO CUMPLIMENTAR TODOS LOS CAMPOS DE ESTE APARTADO**

Solicitud de acreditación del título de:	
Otorgado por la Universidad / Centro de educación superior de	País
A la profesión de:	País

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del documento acreditativo de nacionalidad. No será necesaria la copia del DNI/NIE en el supuesto de autorizarse la comprobación de estos datos por parte del MECED.
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del título académico y profesional (en su caso) o del certificado sustitutorio del título expedido por la autoridad competente de la Universidad
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la certificación académica de los estudios realizados para la obtención del título en la que consten, entre otros extremos, la duración de los mismos en años académicos y las asignaturas cursadas.
<input type="checkbox"/> Solo en el caso de titulaciones sanitarias, fotocopia compulsada del certificado de colegiación en el que se indique la ausencia de sanción al colegiado.
<input type="checkbox"/> Solo en el caso de fisioterapeutas, fotocopia compulsada del certificado de prácticas
<input type="checkbox"/> Otro:

OBSERVACIONES

--

Las Administraciones Públicas están obligadas a verificar la identidad de los interesados en el procedimiento administrativo, según lo dispuesto en el artículo 9.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, salvo oposición expresa del interesado, para lo cual deberá marcar expresamente con una "X" el recuadro:

Me opongo a la verificación de mis datos de identidad

La oposición de la verificación de los datos de identidad, o la no presentación de la documentación requerida podrá paralizar la tramitación de la presente solicitud.

Por otro lado, al firmar la presente solicitud se autoriza a la Administración a efectuar las verificaciones pertinentes de la documentación necesaria para la tramitación de la solicitud (art. 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter General -BOE de 14 diciembre). A los efectos previstos en la citada ley, los datos solicitados podrán ser objeto de tratamiento automatizado. La responsabilidad del fichero automatizado corresponde a la Secretaría General de

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos solicitados en este impreso son necesarios para la tramitación de la solicitud y podrán ser objeto de tratamiento automatizado. La responsabilidad del fichero automatizado corresponde a la Dirección General de Política Universitaria.

Firma del solicitante:

En _____, a _____ de _____ de _____

SR. MINISTRO DE CIENCIA, INNOVACION Y UNIVERSIDADES

Sub. Gral. de Títulos. Paseo de la Castellana 162 – 28046 Madrid

Sólo se admitirán las solicitudes presentadas en los Registros señalados en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Se hace constar que los registros de las universidades no producen efecto en cuanto al cumplimiento de los plazos.