

**ANEXO II**  
**SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO**  
**DE FORMACION SANITARIA ESPECÍFICA POR CONVALIDACION DE**  
**TITULACIÓN ACADÉMICA**

| DATOS PERSONALES    |   |                  |
|---------------------|---|------------------|
| DNI/NIE/Pasaporte   | Número de Afiliación                      |                  |
| Nombre              | Primer Apellido                           | Segundo Apellido |
| Fecha de Nacimiento | Sexo<br>Hombre                      Mujer | Nacionalidad     |

Autorizo al Instituto Social de la Marina a recabar del Ministerio del Interior los datos relativos a NIF/NIE eximiendome de la necesidad de aportarlo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2b) de la Ley 11/2007, de 22 de Junio de acceso electronico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

| DOMICILIO DE RESIDENCIA |           |      |                |           |        |
|-------------------------|-----------|------|----------------|-----------|--------|
| Dirección               | Numero    | Piso | Puerta         | Escalera  | Bloque |
| Codigo Postal           | Localidad |      |                | Provincia |        |
| Telefono Fijo           |           |      | Telefono Movil |           |        |

| CERTIFICADO QUE SOLICITA AL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA |
|---|
| Formacion Sanitaria Especifica Inicial                    |
| Formación Sanitaria Especifica Avanzada                   |

| TITULO QUE PRESENTA |
|---------------------|
|                     |

El abajo firmante, solicita la expedición del Certificado de Formación Sanitaria detallado en esta solicitud, en virtud de lo establecido en las disposiciones adicionales segunda y tercera de la Orden PRE/646/2004, y declara que son ciertos los datos consignados en ella.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
(Firma)