

Solicitud de autorización para utilizar el título profesional

Formación en un tercer país

Oficina Estatal de Sanidad y Asuntos Sociales
IV A 4
Apartado de correos 31 09 29
10639 Berlín

Por la presente solicito autorización para utilizar el título profesional de

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Especialista en enfermería | <input type="checkbox"/> Enfermera para personas mayores |
| <input type="checkbox"/> Asistente sanitario y de enfermería | <input type="checkbox"/> Ayudante de dietética |
| <input type="checkbox"/> Enfermero de sanidad y pediatría | <input type="checkbox"/> Inspector de higiene |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar sanitario y de enfermería | <input type="checkbox"/> Desinfectador |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Herrador |
| <input type="checkbox"/> Matrona | <input type="checkbox"/> Cardiotécnica |
| <input type="checkbox"/> Asistente médico-técnico de diagnóstico funcional | <input type="checkbox"/> Paramédico de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Ayudante de laboratorio médico-técnico | <input type="checkbox"/> Ayudante de disección y preparación médica |
| <input type="checkbox"/> Asistente médico-técnico de radiología | <input type="checkbox"/> Auxiliar de cuidados |
| <input type="checkbox"/> Asistente técnico farmacéutico | <input type="checkbox"/> Cuidador familiar |
| <input type="checkbox"/> Masajista y sanitario | <input type="checkbox"/> Ortopedista |
| <input type="checkbox"/> Podólogo | <input type="checkbox"/> Auxiliar de anestesia |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Asistente de tecnología operativa |
| <input type="checkbox"/> Logopeda | <input type="checkbox"/> Auxiliar técnico médico veterinario |

Apellido

Extensiones al apellido (von, de, etc.)

Nombre

Fecha de nacimiento

Calle/Lugar

Código postal

Ciudad

Teléfono

Correo electrónico

Declaro que

- No he solicitado el Permiso para usar el título profesional en otro estado federado,
- todavía no he participado ni en una prueba de conocimientos ni en un curso de adaptación,
- he participado en una prueba de conocimientos o un curso de adaptación
en el estado federado de de la República Federal de Alemania.
- No soy objeto de ningún procedimiento penal judicial, de investigación de la fiscalía ni de investigación de derecho profesional pendiente.
- Soy objeto de un procedimiento penal judicial, de investigación de la fiscalía o de investigación de derecho profesional pendiente, N° de referencia en

Declaro que

- Renuncio a la prueba de equivalencia de mi formación y declaro mi voluntad vinculante de participar en una medida de compensación en forma de prueba de conocimientos o periodo de adaptación.

Tasa de tramitación

La concesión de una licencia de uso del título profesional está sujeta al pago de una tasa. Recibiré una notificación por separado de la notificación por separado. Las solicitudes procedentes del extranjero sólo se tramitarán una vez recibida la tasa.

Pago la tasa administrativa

- por transferencia bancaria por domiciliación bancaria
Por la presente autorizo a LAGeSo a cobrar esta tasa de de mi cuenta especificada a continuación.

Nombre de la entidad de crédito

IBAN

BIC

Nombre del titular de la cuenta

Firma del titular de la cuenta

Confirmando que he leído la siguiente política de privacidad:

Política de privacidad

La información (datos) solicitada en este formulario es necesaria para tramitar su solicitud. Los datos se almacenarán electrónicamente y/o en papel. La declaración de protección de datos del Departamento IV A (Oficina Estatal de Exámenes; Reconocimiento de Profesiones Sanitarias Extranjeras) de LAGeSo se basa en los términos utilizados por el legislador europeo para la adopción del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

- Nombre y datos de contacto de la persona responsable
LAGeSo/Landesprüfungsamt Berlin
Departamento IV A
Dirección: Turmstraße 21, 10559 Berlin
- Nombre y datos de contacto del responsable de la protección de datos
ZSL DSB
Teléfono: 030-90229-1209
Correo electrónico Datenschutz@lageso.berlin.de
- Derechos del interesado (información, rectificación, supresión)

Toda persona afectada por el tratamiento de datos personales tiene los siguientes derechos de acuerdo con las disposiciones legales:

- Derecho a la información sobre los datos personales tratados sobre ellos.
- Derecho de rectificación de datos personales inexactos.
- Derecho a suprimir los datos personales que no sean (o hayan dejado de ser) necesarios.
- Derecho a restringir el tratamiento de sus datos personales.
- Derecho a oponerse al tratamiento de datos en cualquier momento.
- Derecho a excluir una decisión exclusivamente automatizada.
- Derecho a recurrir en cualquier momento a la autoridad del Comisario de Protección de Datos y Libertad de Información de Berlín.

4. Base jurídica del tratamiento

El tratamiento de los datos se basa en el artículo 6, apartado 1, letra e), del Reglamento general de protección de datos (RGPD de la UE) en relación con la Ley de protección de datos de Berlín (BInDSG) en su versión modificada. El momento de la supresión de los datos electrónicos o de la destrucción de los ficheros se basa en las obligaciones de documentación previstas en el Derecho administrativo. En materia de normativa de autorización profesional (permiso para utilizar el título profesional), el periodo de conservación es de 80 años.

Lugar, fecha

Firma (manuscrita)

Enero de 2024