

## Consejería de Sanidad

### AGENCIA “PEDRO LAÍN ENTRALGO” PARA LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**403** *RESOLUCIÓN de 18 de enero, del Director General de la Agencia “Pedro Laín Entralgo” (Orden 509/2009, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad), por la que se habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del expediente de diversos procedimientos.*

De acuerdo con lo señalado en el artículo 10.1 del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, por el que se regula la utilización de las técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración de la Comunidad de Madrid, que establece que tras la entrada en vigor de este Decreto, podrán habilitarse los Registros Telemáticos para la recepción o salida de solicitudes, escritos y comunicaciones relativos a otros procedimientos y trámites, mediante resolución del órgano, organismo o entidad que tenga atribuida la competencia para resolver el procedimiento, previos informes de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y del Organismo Autónomo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid.

Asimismo y de acuerdo con el criterio 14.h) del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa de la Comunidad de Madrid,

#### RESUELVE

##### Primero

##### *Habilitación Registro Telemático*

Habilitar al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del expediente de los procedimientos denominados “Reconocimiento de interés sanitario y/o social para actos de carácter científico”, “Evaluación del proyecto docente para impartir cursos de socorrismo acuático en la Comunidad de Madrid”, “Acreditación de actividades docentes relacionadas con el transporte sanitario en la Comunidad de Madrid”, “Concesión/Renovación de becas para la colaboración de alumnos de grado universitario en proyectos de investigación” y

“Acreditación de actividades docentes relacionadas con el socorrismo acuático en la Comunidad de Madrid”.

La inclusión en el Anexo I del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre de los procedimientos “Reconocimiento de interés sanitario y/o social para actos de carácter científico”, “Evaluación del proyecto docente para impartir cursos de socorrismo acuático en la Comunidad de Madrid”, “Acreditación de actividades docentes relacionadas con el transporte sanitario en la Comunidad de Madrid”, “Concesión/Renovación de becas para la colaboración de alumnos de grado universitario en proyectos de investigación” y “Acreditación de actividades docentes relacionadas con el socorrismo acuático en la Comunidad de Madrid”, que deberá entenderse modificado en lo relativo a este procedimiento en el texto del último párrafo de la relación de procedimientos adscritos a la Consejería de Sanidad siendo de aplicación el siguiente:

“Trámites susceptibles de realización ante el Registro Telemático:

Todos aquellos que en el momento de la presentación de la solicitud de inicio del procedimiento se encuentren en situación de operativos en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con lo establecido en la página web [www.madrid.org](http://www.madrid.org)”.

##### Segundo

##### *Publicación impresos*

Que se publique en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID los modelos de solicitud que se adjuntan como Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5 a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.

Anexo 1. Solicitud de reconocimiento de interés sanitario y/o social para actos de carácter científico.

Anexo 2. Solicitud de evaluación del proyecto docente para impartir cursos de Socorrismo acuático en la Comunidad de Madrid.

Anexo 3. Solicitud de acreditación de actividades docentes relacionadas con el transporte sanitario en la Comunidad de Madrid.

Anexo 4. Solicitud de Concesión/Renovación de becas para la colaboración de alumnos de grado universitario en proyectos de investigación.

Anexo 5. Solicitud de acreditación de actividades docentes relacionadas con el Socorrismo Acuático en la Comunidad de Madrid.

Dado en Madrid, a 18 de enero de 2010.—El Director General (Orden 509/2009 de 22 de junio, del Consejero de Sanidad), la Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras, Belén Prado Sanjurjo.



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

ANEXO I

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS SANITARIO Y/O SOCIAL PARA ACTOS  
DE CARÁCTER CIENTÍFICO**

**1.- Datos de la Entidad que solicita el Reconocimiento de Interés Sanitario:**

Domicilio Social en la Comunidad de Madrid

Nombre de la Entidad solicitante							
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Teléfono		Fax	Correo electrónico				

**2.- Datos del Representante de la Entidad:**

Nombre			
Apellido 1º			
Apellido 2º			
Correo electrónico			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

**3.- Datos de la actividad:**

Denominación	
Lugar de celebración	
Fecha de celebración	

**4.- Datos de la persona de contacto a efectos de notificación:**

Nombre			
Apellido 1º			
Apellido 2º			
Correo electrónico			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

**5.- Dirección y medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía			Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad			
	Provincia			País			

**6.- Documentación requerida:**

<b>DOCUMENTACION</b>	Se aporta en la solicitud
Documento acreditativo de su constitución para las Entidades de carácter privado ( sólo en la primera solicitud)	<input type="checkbox"/>
Junta Directiva de la Entidad	<input type="checkbox"/>
Número de socios o miembros que la integran	<input type="checkbox"/>
Publicaciones que edita	<input type="checkbox"/>
Actividades científicas organizadas y/o declaradas o no de Interés Sanitario en los tres últimos años	<input type="checkbox"/>
Programa científico-técnico de la actividad	<input type="checkbox"/>
Comité Científico o Dirección Técnica	<input type="checkbox"/>
Currículo profesional del responsable de la actividad	<input type="checkbox"/>
Presupuesto económico detallado, con expresión de la cuota de inscripción establecida	<input type="checkbox"/>
Fuentes de financiación y patrocinadores de la actividad	<input type="checkbox"/>
Destinatarios, finalidad y objetivos perseguidos por la actividad	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Centros Docentes y Entidades Científicas", cuya finalidad es la gestión de la información básica para la solicitudes de centros docentes y entidades científicas, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**
 Consejería de Sanidad  
 Agencia Laín Entralgo - Área de Acreditación



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

ANEXO II

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE PARA IMPARTIR CURSOS  
DE SOCORRISMO ACUÁTICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	Socorrista en Piscinas e Instalaciones Acuáticas de la Comunidad de Madrid
<input type="radio"/>	Socorrista en Piscinas, Instalaciones Acuáticas y Medio Natural de la Comunidad de Madrid

**2.- Datos del Centro Docente que solicita la acreditación:**

Centro Docente							
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Teléfono		Fax	Correo electrónico				

**3.- Datos del representante del Centro Docente:**

Nombre							
Apellido 1º							
Apellido 2º							
Correo electrónico							
Teléfono Fijo				Teléfono Móvil			

**4.- Dirección y medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado						
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Provincia				País			

**5.- Documentación requerida:**

<b>DOCUMENTACION</b>	<b>Se aporta en la solicitud</b>
Documentación que acredite el perfil de los docentes (Anexo V de la Orden 1319/2006, de 27 de junio de la Consejería de Sanidad y Consumo). Sólo en la primera solicitud y en sucesivas solicitudes cuando se produzca el alta de algún docente.	<input type="checkbox"/>
Modelos de examen y control de asistencia	<input type="checkbox"/>
Manual del alumno. Solo en la primera solicitud y en sucesivas solicitudes, siempre que se produzcan modificaciones.	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Centros Docentes y Entidades Científicas", cuya finalidad es la gestión de la información básica para la solicitud de centros docentes y entidades científicas, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Agencia Laín Entralgo - Área de Acreditación
---------------------	---



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

ANEXO III

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES RELACIONADAS CON EL TRANSPORTE  
SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	Técnico en Emergencias Nivel Básico
<input type="radio"/>	Técnico en Emergencias Nivel Avanzado
<input type="radio"/>	Técnico en Emergencias Nivel Básico y Avanzado
<input type="radio"/>	Medicina en Urgencias Extrahospitalarias
<input type="radio"/>	Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias

**2.- Datos del Centro Docente que solicita la acreditación:**

Centro Docente							
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Teléfono		Fax	Correo electrónico				

**3.- Datos del representante del Centro Docente:**

Nombre			
Apellido 1º			
Apellido 2º			
Correo electrónico			
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil		

**4.- Datos de la actividad:**

Fecha inicio	Fecha Fin		
Grupos	Nº Alumnos por grupo	Nº Horas totales del curso	

**5.- Dirección y medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado						
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Provincia	País						

**6.- Documentación requerida:**

DOCUMENTACION	Se aporta en la solicitud
Programa del curso	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae del Responsable y docentes del curso (sólo en la primera solicitud de Acreditación y en sucesivas, siempre que se produzca el alta de un nuevo docente)	<input type="checkbox"/>
Acuerdos de colaboración	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Centros Docentes y Entidades Científicas", cuya finalidad es la gestión de la información básica para la solicitudes de centros docentes y entidades científicas, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Agencia Lain Entralgo - Área de Acreditación
---------------------	---



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

ANEXO IV

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE CONCESIÓN/RENOVACIÓN DE BECAS PARA LA COLABORACIÓN DE ALUMNOS  
DE GRADO UNIVERSITARIO EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/> Concesión inicial	<input type="radio"/> Renovación
---	----------------------------------

**2.- Datos de el/la Solicitante:**

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Nacionalidad			
Domicilio	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP		Localidad			
Provincia				Teléfono 1		Teléfono 2	
Correo electrónico							

**3.- Datos de el/la Representante:**

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Correo electrónico			
Teléfono de contacto				Título de representación			

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
	Piso	Puerta	CP		Localidad		Provincia

**5.- Datos académicos:**

Universidad			
¿Ha completado el primer ciclo o los tres primeros cursos de la licenciatura o grado?:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Curso superior en el que estará matriculado durante el período de disfrute de la beca:	Año Académico	Curso	
Hospital universitario al que está adscrito:			

**6.- Proyecto de investigación en que desea colaborar:**

Título del Proyecto			
Hospital universitario de desarrollo del proyecto			
Departamento/ Servicio/ Unidad			
Investigador principal del Proyecto			

**7.- Documentación requerida:****7.1.- Sólo para Concesiones iniciales:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Fotocopia del DNI/ NIF del Solicitante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fotocopia del DNI/ NIF del representante (En su caso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Título de representación que ostenta el representante (en su caso)	<input type="checkbox"/>	
Currículum vitae, con descripción de conocimientos y experiencias relacionadas con el objeto de la beca, al que se adjuntarán copias de los méritos alegados para su valoración.	<input type="checkbox"/>	
Certificación académica oficial en la que figuren de forma detallada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las calificaciones obtenidas en todas las asignaturas de la licenciatura cursadas</li> <li>- Declaración de superación del primer ciclo completo de la licenciatura.</li> <li>- La nota media del expediente académico.</li> <li>- Las asignaturas y curso en que se encuentre matriculado en el momento de la solicitud.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Anexo I – Declaración del investigador principal del proyecto	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo de los datos del proyecto indicado en el Anexo I	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**7.2.- Sólo para Renovaciones:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Memoria de actividades realizadas hasta la fecha y proyecto de tareas a realizar durante el período de renovación de la beca firmado por el becario y el tutor.	<input type="checkbox"/>
Informe del tutor del becario sobre las actividades de éste, su rendimiento y perspectivas para el siguiente período de renovación.	<input type="checkbox"/>
Cualquier otra información complementaria que a juicio de los interesados pueda contribuir a una mejor valoración de las actividades realizadas y de la solicitud de renovación.	<input type="checkbox"/>

**El/la solicitante, o representante, y abajo firmante**

**DECLARA**

<input type="checkbox"/>	1.- No haber percibido, ni estar pendiente de percibir, ninguna otra ayuda para la misma finalidad que la que figura en la presente solicitud, ya sea procedente de fondos públicos o privados, españoles o extranjeros.
<input type="checkbox"/>	2.- La no existencia de ninguna de las circunstancias previstas en el apartado 2 del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, que impiden obtener la condición de beneficiario de subvenciones.

**SOLICITA** la Concesión/ Renovación de beca para la colaboración de alumnos de grado universitario en proyectos de investigación, según la Resolución de.....de.....de....., del Director General de la Agencia "Pedro Laín Entralgo" de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Subvenciones Investigación, cuya finalidad es gestionar las convocatorias de subvenciones de la Agencia Laín Entralgo, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Agencia "Pedro Laín Entralgo" de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios Consejería de Sanidad
---------------------	--



Agencia Lain Entralgo para la Formación,  
Investigación y Estudios Sanitarios  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

ANEXO V

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES RELACIONADAS CON EL SOCORRISMO ACUÁTICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	Socorrista en Piscinas e Instalaciones Acuáticas de la Comunidad de Madrid
<input type="radio"/>	Socorrista en Piscinas, Instalaciones Acuáticas y Medio Natural de la Comunidad de Madrid

**2.- Datos del Centro Docente que solicita la acreditación:**

Centro Docente							
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Teléfono		Fax	Correo electrónico				

**3.- Datos del representante del Centro Docente:**

Nombre			
Apellido 1º			
Apellido 2º			
Correo electrónico			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

**4.- Dirección y medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado						
Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Provincia			País				

**5.- Vigencia del Proyecto Docente:**

Fecha inicio		Fecha fin	
--------------	--	-----------	--



NOMBRE DEL CURSO	FECHAS DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ALUMNOS	LUGAR DE REALIZACIÓN

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Centros Docentes y Entidades Científicas", cuya finalidad es la gestión de la información básica para la solicitudes de centros docentes y entidades científicas, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Agencia Laín Entralgo - Área de Acreditación
---------------------	---