

Conselleria de Sanitat

CORRECCIÓ d'errades de l'Orde 5/2013, de 3 de setembre, de la de la Conselleria de Sanitat, per la qual es regula el procediment d'habilitació del personal dels vehicles de transport sanitari per carretera que acredite la seua experiència laboral. [2013/9359]

S'ha advertit un error en el text dels annexos II i III de l'Orde publicada (DOCV 7114, 19.09.2013, i DOCV 7116, 23.09.2013), i per això es publiquen novament, i es deixa sense efecte la correcció d'errors anterior.

València, 24 de setembre de 2013.– El subsecretari de la Conselleria de Sanitat: Ignacio Ferrer Cervera.

Consellería de Sanidad

CORRECCIÓN de errores de la Orden 5/2013, de 3 de septiembre, de la de la Consellería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento de habilitación del personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera que acredite su experiencia laboral. [2013/9359]

Se ha advertido un error en el texto de los anexos II y III de la Orden publicada (DOCV 7114, 19.09.2013, y DOCV 7116, 23.09.2013), por lo que se procede a publicarlos nuevamente, dejando sin efecto la corrección de errores anterior.


Valencia, 24 de septiembre de 2013.– El subsecretario de la Conselleria de Sanidad: Ignacio Ferrer Cervera.

ANNEX I / ANEXO I

 GENERALITAT VALENCIANA	SOL·LICITUD D'HABILITACIÓ COM A CONDUCTOR D'AMBULÀNCIA SOLICITUD DE HABILITACIÓN COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA
A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO
DADES DE L'EMPRESA EN QUÈ HA PRESTAT EL SERVICI / DATOS DE LA EMPRESA EN LA QUE HA PRESTADO EL SERVICIO	
NOM / NOMBRE	
EXPERIÈNCIAL LABORAL / EXPERIENCIA LABORAL	
<input type="checkbox"/> Més de 3 anys d'experiència laboral en els últims 6 anys <i>Más de 3 años de experiencia laboral en los últimos 6 años</i>	
<input type="checkbox"/> 5 anys d'experiència laboral en els últims 8 anys <i>5 años de experiencia laboral en los últimos 8 años</i>	
B TIPUS DE SOL·LICITUD / TIPO DE SOLICITUD	
Habilitació com a conductor d'ambulància: <input type="checkbox"/> Assistencial <input type="checkbox"/> No assistencial <i>Habilitación como conductor de ambulancia: <input type="checkbox"/> Asistencial <input type="checkbox"/> No asistencial</i>	
C DOCUMENTACIÓ APORTADA / DOCUMENTACIÓN APORTADA	
<input type="checkbox"/> Informe de vida laboral expedit per la Tresoreria General de la Seguretat Social <i>Informe de vida laboral expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social</i>	
<input type="checkbox"/> Certificat d'empresa de transport sanitari autoritzada a la Comunitat Valenciana, especificant temps i classe d'ambulància en què ha exercit el treball, segons el model que figura en l'annex III <i>Certificado de empresa de transporte sanitario autorizada en la Comunidad Valenciana, especificando tiempo y clase de ambulancia en la que ha desempeñado el trabajo, según el modelo que figura en el anexo III</i>	
D AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN	
D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència. Si no subscriu esta autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. <i>De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consejo, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia. Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.</i>	
<input type="checkbox"/> Autoritze / Autorizo <input type="checkbox"/> No autoritze / No autorizo	
E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE	
El sol·licitant o el seu representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud, i la conformitat amb el que establix la legislació vigent <i>El solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente</i>	
_____, _____ d _____ del _____	
Firma: _____	
Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99). <i>Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).</i>	
REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA	
DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE	

CHAP - IAC
DIN - A4


ANNEX II / ANEXO II

 GENERALITAT VALENCIANA	COMUNICACIÓ DE DADES A L'EFFECTE DE L'HABILITACIÓ COMUNICACIÓN DE DATOS A EFECTOS DE LA HABILITACIÓN												
A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%;">RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL</td> <td style="width: 25%;">CIF</td> </tr> <tr> <td>DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)</td> <td>CP</td> </tr> <tr> <td>LOCALITAT / LOCALIDAD</td> <td>PROVÍNCIA / PROVINCIA</td> <td>TELÈFON / TELÉFONO</td> <td>CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NRE D'AMBULÀNCIES ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES</td> <td colspan="2">NRE D'AMBULÀNCIES NO ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES</td> </tr> </table>		RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	NRE D'AMBULÀNCIES ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES		NRE D'AMBULÀNCIES NO ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES	
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF												
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP												
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO										
NRE D'AMBULÀNCIES ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES		NRE D'AMBULÀNCIES NO ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES											
DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">COGNOMS / APELLIDOS</td> <td style="width: 20%;">NOM / NOMBRE</td> <td style="width: 15%;">DNI</td> <td style="width: 35%;">COM A / EN CALIDAD DE</td> </tr> </table>		COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	COM A / EN CALIDAD DE								
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	COM A / EN CALIDAD DE										
B DOCUMENTACIÓ APORTADA / DOCUMENTACIÓN APORTADA													
<p>De l'empresa <i>De la empresa</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autorització de transport per carretera classe VS o VSPC <i>Autorización de transporte por carretera clase VS o VSPC</i></p> <p>Del treballador <i>Del trabajador</i></p> <p><input type="checkbox"/> Informe de vida laboral expedit per la Tresoreria General de la Seguretat Social <i>Informe de vida laboral expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social</i></p>													
C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE													
<p>L'empresa declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud, i la conformitat amb el que estableix la legislació vigent</p> <p><i>La empresa declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente</i></p> <p style="text-align: center;">_____ , _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p>													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE </td> </tr> </table>		REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA	DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE										
REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA													
DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE													
<p style="font-size: small;"> Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99). </p> <p style="font-size: small;"> Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99). </p>													

CHAP - IAC

DIN - A4

ANNEX III / ANEXO III

 GENERALITAT VALENCIANA	MODEL DE CERTIFICAT DE FUNCIONS EXERCIDES MODELO DE CERTIFICADO DE FUNCIONES DESEMPEÑADAS																				
A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%;">RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL</td> <td style="width: 25%;">CIF</td> </tr> <tr> <td>DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)</td> <td>CP</td> </tr> <tr> <td>LOCALITAT / LOCALIDAD</td> <td>PROVÍNCIA / PROVINCIA</td> <td>TELÈFON / TELÉFONO</td> <td>CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NRE. D'AMBULÀNCIES ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES</td> <td colspan="2">NRE. DE AMBULÀNCIES NO ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES</td> </tr> </table>		RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	NRE. D'AMBULÀNCIES ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES		NRE. DE AMBULÀNCIES NO ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES									
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF																				
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP																				
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO																		
NRE. D'AMBULÀNCIES ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES		NRE. DE AMBULÀNCIES NO ASSISTENCIALS / Nº DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES																			
DADES DE LA PERSONA QUE CERTIFICA / DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">COGNOMS / APELLIDOS</td> <td style="width: 20%;">NOM / NOMBRE</td> <td style="width: 10%;">DNI</td> <td style="width: 40%;">COM A / EN CALIDAD DE</td> </tr> </table>		COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	COM A / EN CALIDAD DE																
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	COM A / EN CALIDAD DE																		
B DADES DEL TREBALLADOR / DATOS DEL TRABAJADOR																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">COGNOMS APELLIDOS</th> <th style="width: 15%;">NOM NOMBRE</th> <th style="width: 10%;">DNI</th> <th style="width: 10%;">NÚM. SS</th> <th style="width: 40%;">TEMPS TREBALLAT EN ANYS PER A AMBULÀNCIA NO ASSISTENCIAL (CLASSE A1 I A2) Des del 10/06/06 fins al 09/06/12 TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS PARA AMBULANCIA NO ASSISTENCIAL (CLASE A1 Y A2) Desde el 10/06/06 hasta el 09/06/12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">COGNOMS APELLIDOS</th> <th style="width: 15%;">NOM NOMBRE</th> <th style="width: 10%;">DNI</th> <th style="width: 10%;">NÚM. SS</th> <th style="width: 40%;">TEMPS TREBALLAT EN ANYS PER A AMBULÀNCIA ASSISTENCIAL (CLASSE B I C) Des del 10/06/04 fins al 09/06/12 TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS PARA AMBULANCIA ASSISTENCIAL (CLASE B Y C) Desde el 10/06/04 hasta el 09/06/12</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		COGNOMS APELLIDOS	NOM NOMBRE	DNI	NÚM. SS	TEMPS TREBALLAT EN ANYS PER A AMBULÀNCIA NO ASSISTENCIAL (CLASSE A1 I A2) Des del 10/06/06 fins al 09/06/12 TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS PARA AMBULANCIA NO ASSISTENCIAL (CLASE A1 Y A2) Desde el 10/06/06 hasta el 09/06/12						COGNOMS APELLIDOS	NOM NOMBRE	DNI	NÚM. SS	TEMPS TREBALLAT EN ANYS PER A AMBULÀNCIA ASSISTENCIAL (CLASSE B I C) Des del 10/06/04 fins al 09/06/12 TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS PARA AMBULANCIA ASSISTENCIAL (CLASE B Y C) Desde el 10/06/04 hasta el 09/06/12					
COGNOMS APELLIDOS	NOM NOMBRE	DNI	NÚM. SS	TEMPS TREBALLAT EN ANYS PER A AMBULÀNCIA NO ASSISTENCIAL (CLASSE A1 I A2) Des del 10/06/06 fins al 09/06/12 TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS PARA AMBULANCIA NO ASSISTENCIAL (CLASE A1 Y A2) Desde el 10/06/06 hasta el 09/06/12																	
COGNOMS APELLIDOS	NOM NOMBRE	DNI	NÚM. SS	TEMPS TREBALLAT EN ANYS PER A AMBULÀNCIA ASSISTENCIAL (CLASSE B I C) Des del 10/06/04 fins al 09/06/12 TIEMPO TRABAJADO EN AÑOS PARA AMBULANCIA ASSISTENCIAL (CLASE B Y C) Desde el 10/06/04 hasta el 09/06/12																	
<p>I perquè conste i produïska els efectes oportuns, a petició de part interessada, per a l'obtenció d'habilitació com a personal d'ambulàncies de la classe referida, atès que complix els requisits establits en el RD 836/2012 i en la present orde, expedisc CERTIFICAT</p> <p><i>Y para que conste y surta los efectos oportunos, a petición de parte interesada, para la obtención de habilitación como personal de ambulancias de la clase referida, dado que cumple los requisitos establecidos en el RD 836/2012 y en la presente orden, expido CERTIFICACION</i></p> <p style="text-align: center;">_____ , ____ d _____ de _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Firma i segell Firma y sello _____</p>																					

CHAP - IAC
DIN - A4