



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACION PROFESIONAL
Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional

SOLICITUD DE CERTIFICADO EXCHANGE VISITOR SPONSORSHIP PROGRAM

Nombre y Apellidos	DNI/NIE/Pasaporte
Especialidad/Subespecialidad a cursar:	ECFMG ID Number:
Centro donde se va a cursar la especialidad/subespecialidad (denominación y localidad):	
Teléfono/s:	Correo electrónico para comunicaciones:

Solicita:

Le sea remitido un certificado para participar en el Exchange Visitor Sponsorship Program de la ECFMG (USA).

Declaro:

- Que tengo mi residencia legal en España.
- Que no he sido suspendido/a o inhabilitado/a para el ejercicio profesional por sentencia judicial firme.
- Que me comprometo a regresar y buscar trabajo en España al finalizar la formación del programa de formación en USA.

Asimismo, autorizo a la Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional a la verificación de mis datos personales en el fichero de Documento Nacional de Identidad (DNI) y del Número de Identificación de Extranjero (NIE) del Ministerio de Interior, en los Registros de títulos del Ministerio de Universidades y en los Registro de Central Penados y Registro de Delincuentes Sexuales del Ministerio de Justicia.

Firmado:

--

Documentación a adjuntar:

- Copia DNI/NIE/Pasaporte
- Copia aceptación del Hospital en el programa.
- Copia del certificado de buena práctica profesional
- Certificado fiscal de residencia: (<https://www.agenciatributaria.gob.es/AEAT.sede/tramitacion/G305.shtml>)

Sra. Subdirectora General de Formación y Ordenación Profesional
MINISTERIO DE SANIDAD
PASEO DEL PRADO 18 – 20, 28014 MADRID