**PLANTILLA DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO**

**Centro sanitario:**

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

| Nombre: | DNI: |
|---|---|
| Titulación: | |
| Especialidad/ Máster: | |

Nueva incorporación: ☐ Sí ☐ No

☐ **SI** ☐ **NO** **Autorizo al Gobierno de Navarra a recabar de otras Administraciones Públicas los datos de DNI , titulación académica y formación sanitaria especializada necesarios para la tramitación y resolución del expediente**

ⓘ *Si no autoriza expresamente a recabar los datos deberá aportar la documentación acreditativa*