

**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EJERCICIO PROFESIONAL PARA LA OBTENCIÓN DEL DIPLOMA DE ACREDITACIÓN EN EL ÁREA FUNCIONAL DE PALIATIVOS POR LA VÍA EXCEPCIONAL**

La persona titular (gerente/ director/a de RRHH o responsable equivalente del centro o unidad de cuidados paliativos en el que el solicitante presta sus servicios),

**CERTIFICA**

Que .....con DNI: ....., y titulación en (Enfermería, Medicina, Psicología clínica, Psicología General Sanitaria o Fisioterapia) .....ha prestado servicios en la unidad, equipos de soporte hospitalarios o domiciliarios de cuidados paliativos reconocido por la comunidad autónoma competente o en U.67 autorizadas, durante todo el periodo:

Unidad (1)	Código centro (CCN) (2)	Vinculación laboral (3)	Fecha inicio (4)	Fecha fin (4)	Tipo de jornada (5)	Tiempo de prestación servicio cuidados paliativos (6)
<b>CÓMPUTO TOTAL EN AÑOS/MESES/DÍAS (7):</b>						

(1) **Unidad** en la que el profesional ha prestado sus servicios en el área de cuidados paliativos

(2) **Código centro o unidad de cuidados paliativos**

(3) **Vinculación laboral:** EP-Estatutario propietario; EI-Estatutario interino; ET-Estatutario temporal; L-Contratado laboral; FC: Funcionario de carrera; FI: Funcionario interino; FT: Funcionario temporal; FOR-Formación; Otros-Especificar

(4) **Fecha de inicio y fin del periodo laboral** en el que el profesional ha desempeñado satisfactoriamente las competencias en el Área funcional de Paliativos. Se expresará en formato DD/MM/AAAA

(5) **Tipo de Jornada.** La jornada podrá ser completa o parcial. En ambos casos, se indicará únicamente el porcentaje de jornada. Por ejemplo, en caso de jornada completa 100% y en caso de jornada parcial XX% (el porcentaje que corresponda)

(6) **Tiempo de prestación del servicio de cuidados paliativos:** Se indicará el tiempo de prestación que corresponda a este servicio respecto al porcentaje (%) de jornada. Se podrá expresar en distintos formatos:

- años/meses/días

-días

- nº horas (si el contrato laboral así lo referencia)

(7) **Cómputo total en años/meses/días:** Se indicará el tiempo TOTAL de experiencia profesional en el Área funcional de paliativos, que resulte de la suma de tiempos parciales de cada periodo que conste en el certificado.

Para transformar tiempos de trabajo en diferentes unidades de tiempo (años, meses, días, horas) y realizar sumas de tiempos totales, es necesario la conversión de tiempos a la misma unidad.  
**Equivalencias entre Unidades de Tiempo**

Si el tiempo de un periodo figura como años/meses/días, aplicar:

1 año = 12 meses = 365 días

1 mes = 30 días (valor aproximado para simplificar cálculos)

Si el tiempo de un periodo figura como nº horas (contrato de guardias u otros), aplicar:

1 mes = 140 horas

Realizando, dentro de la actividad de su puesto de trabajo, las actividades de cuidados paliativos incluidas en las competencias que, según su titulación, son objeto de acreditación. Durante el periodo acreditado, el profesional **ha demostrado una evaluación del desempeño positiva** en los dominios competenciales establecidos para su categoría profesional en el Área de Cuidados Paliativos.

Y para que así conste y a efectos de participación en el procedimiento de acceso a la vía excepcional para la obtención del Acreditación en el Área Paliativos, previsto en el artículo 6.1 del Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre, por la que se publican las bases para la creación de Diplomas de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos, y desarrollado en la Comunidad de Madrid mediante Resolución de 11 de diciembre de 2024, de la Dirección General de Investigación y Docencia, se expide la presente certificación.

A la fecha de la firma electrónica.