**Documentación para la solicitud de ACREDITACIÓN de UNIDADES en estimulación cardiaca.**

Las unidades con actividad en Estimulación Cardiaca que deseen acreditarse, según el reglamento actual de competencias de la SEMICYUC, deben completar la presente solicitud con la información del lugar de trabajo, de la actividad de la unidad y del trabajador con competencia suficiente acreditada que lo avala.

Asimismo, se debe entregar un certificado firmado y sellado por el Jefe de Servicio que lo solicita (se adjunta certificado genérico).

Para iniciar el trámite de acreditación se debe realizar el pago de las correspondientes tasas [en la tienda de la SEMICYUC](https://pagos.semicyuc.net/producto/certificado-grado-competencia-estimulacion-cardiaca/) (<https://pagos.semicyuc.net/producto/certificado-grado-competencia-estimulacion-cardiaca/>) y, posteriormente, enviar toda la documentación a

[secretaria@semicyuc.org](mailto:secretaria@semicyuc.org).

Los trámites de estudio pueden llevar **HASTA UN MÁXIMO DE 6 MESES.**

Cuando la certificación haya sido supervisada, se le notificará la resolución. Una vez finalizado el trámite se le facilitará el diploma acreditativo (si procediese).

Datos fiscales que poner en la factura, si lo solicita:

|  |  |
| --- | --- |
| NIF o número de identificación fiscal: |  |
| Entidad a la que facturar (Razón Social): |  |
| Email: |  |
| Teléfono: |  |
| Dirección postal: |  |
| Nacionalidad: |  |

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES EN ESTIMULACION CARDIACA DE LA SEMICYUC**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos del servicio de Medicina Intensiva | Nombre |  | | | | |
| Hospital |  | | | | |
| Dirección |  | CP |  | Ciudad |  |
| Teléfono UCI |  | Teléfono  Hospital |  | | |
| Descripción del servicio | Año de inauguración |  | Número de camas UCI |  | Número de camas Htal |  |
| Tipo de UCI | médica / quirúrgica / polivalente | | | | |
| Descripción de la unidad EC | Año inicio de actividad EC |  | Capacidad docente | sí/no |  | |
| Volumen anual de implantes |  | Tipo de implantes | marcapasos / holter / DAI / TRC | | |
| Seguimiento en consulta | sí / no | Volumen anual de consultas |  |  | |
| Datos del jefe de servicio | Nombre y apellidos |  | | | | |
| Año inicio cargo |  |  | | | |
| Teléfono de contacto |  | email |  | | |
| Datos del responsable de la unidad EC | Nombre y apellidos |  | | | | |
| Teléfono de contacto |  | email |  | | |
| Número de registro |  | Nivel de competencia EC |  | | |