El Gerente/Entidad titular del Centro solicitante y Jefe de Estudios firman la siguiente declaración relativa a la solicitud de acreditación de *identificar el centro, unidad o dispositivo docente*  comprometiéndose a:

1. Que **son ciertos los datos que figuran en el formulario de solicitud**, para justificar el cumplimiento de lo exigido en los “Requisitos generales de acreditación de Centro o de Unidad docente para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud”, según el dispositivo que se pretende acreditar. **En caso de comprobarse cualquier discrepancia, se invalidará la solicitud y no podrá volver a solicitarse en un periodo de 5 años**.
2. Que el clima y las **condiciones asistenciales, organizativas, docentes e investigadoras del Centro o Unidad Docente permiten el desarrollo adecuado de los programas formativos** de las especialidades en Ciencias de la Salud.
3. Que la **formación que impartirá el Centro o Unidad Docente, se adecuará de forma continua a las previsiones de los programas formativos aprobados, al cumplimiento de los criterios de acreditación y demás disposiciones legales** que resulten de aplicación en materia de formación sanitaria especializada.
4. Que **aceptan las medidas que se establezcan por la Comunidad Autónoma y por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en orden a la supervisión y control de calidad de la Unidad Docente y sus dispositivos**, como son las auditorías docentes programadas por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación respecto a los Centros y Unidades Docentes del Sistema Nacional de Salud. Entre ellas el acceso a la información sobre CMBD del centro disponible en el MS.
5. Que **comunicarán al Ministerio de Sanidad cualquier circunstancia sobrevenida que pueda generar cambios en la estructura y/o capacidad docente,** al afectar a la formación.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gerente/Entidad titular del Centro/ Unidad Docente** | **Jefe de Estudios** |
| Fdo: | Fdo: |
| Fecha: | Fecha: |