

SOLICITUD DE **ACREDITACIÓN DE CENTRO o INSTITUCIÓN** PARA IMPARTIR FORMACIÓN A PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>Centro:</b>		
<b>C.I.F.:</b>		
<b>Representante:</b>		<b>Cargo:</b>
<b>D.N.I.:</b>		
<b>Domicilio fiscal:</b>		
<b>Municipio:</b>		<b>Provincia:</b>
<b>Cód. postal:</b>	<b>Tfnos:</b>	<b>Móvil:</b>
<b>Fax:</b>	<b>E-mail:</b>	
<b>Web:</b>		

**EXPONE:**

En función de lo establecido en la Resolución de Viceconsejería de Bienestar Social e Inmigración de 10 de febrero de 2011, por la que se fijan los criterios de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales. (B.O.C nº 038 de 22 de febrero de 2011), y cumpliendo lo requerido en los Anexos I y II

**SOLICITA:**

La acreditación del Centro para impartir formación inicial y la formación específica a personas cuidadoras no profesionales

**DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (márquese lo que proceda):**

- Estatutos / Escritura de Constitución y documento que acredite su inscripción en el registro público correspondiente
- Fotocopia compulsada del CIF
- Fotocopia compulsada del D.N.I. del/a representante
- Documento, en vigor, que acredita la representación con la que se actúa.
- Documento que acredite la tenencia de establecimiento permanente en la Comunidad Autónoma Canaria
- Documento de autorización a ESSSCAN para solicitar certificados acreditativos, de estar al corriente de sus obligaciones, ante la Administración Tributaria y la Seguridad Social
- Memoria sobre medios humanos, técnicos y materiales según Anexo II de la Resolución de la Viceconsejería de Bienestar Social e Inmigración de 10 de febrero de 2011
- Memoria justificativa de su experiencia como entidad de formación
- Comprobante original de transferencia / ingreso bancario por importe de **110,00 €**  
**Entidad: Cajasiete - Cuenta bancaria: 3076 0340 31 2763999022 - IBAN: ES75 3076 0340 31 2763999022**
- En caso de renovación, declaración responsable de que los datos y documentos que constan en la ESSSCAN, no han variado.
- Otros:

Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos aportados son ciertos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Fdo:**

*Nombre y Apellidos*

**DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)**

Información sobre Protección de Datos

Los datos incluidos en este formulario serán tratados por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, entidad con CIF Q8855009J y dirección en C/ José de Zárate y Penichet, Nº 4-F 38001 Santa Cruz de Tenerife y C/ Padre José de Sosa, 22, planta 1ª 35001 Las Palmas de Gran Canaria. El correo de contacto del Delegado de Protección de Datos es [dpd@essscan.es](mailto:dpd@essscan.es). Los datos serán utilizados para completar el trámite detallado en la solicitud que se indica y sólo serán cedidas a otras entidades en los casos necesarios para dar curso a la petición que nos traslada.

La información solo se conservará los plazos legales exigibles y la entidad observa las medidas de seguridad necesarias para la conservación de la información, según la normativa en vigor. La persona solicitante acredita la veracidad de los datos aportados.

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como a solicitar la portabilidad de sus datos, oponerse o limitar el tratamiento ante la entidad, en el correo y las direcciones arriba indicadas.

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ESSSCAN:**

Fecha Reg:	Nº Registro	Fecha Certificado	
Fecha Informe:	Fecha Propuesta:	Fecha Resolución:	

C/ Padre José de Sosa, nº 22 – 1ª planta  
35001 – Las Palmas de Gran Canaria  
928117255 928117273 (Fax)

C/ José de Zárate y Penichet, nº 4 - F  
Edf. Arco Iris  
38001 – Santa Cruz de Tenerife  
922922730 922922743 (Fax)

[www.essscan.es](http://www.essscan.es)

Búscanos:

