

SOLICITUD DE **ACREDITACIÓN DE CENTRO** PARA IMPARTIR CURSOS DE FORMACIÓN INICIAL Y CONTINUADA PARA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS.

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>Centro:</b>		<b>CIF:</b>
<b>Representante:</b>		<b>Cargo:</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 el Decreto 225/2005, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por los primeros auxilios y cumpliendo lo requerido en el Artículo 7.

**SOLICITA:**

La acreditación del Centro para impartir formación inicial y continua en la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos.

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

<input type="checkbox"/>	Fotocopia compulsada del N.I.F. ( <i>sólo persona física</i> ).
<input type="checkbox"/>	Estatutos/Escritura de Constitución.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia compulsada del C.I.F.
<input type="checkbox"/>	Documento que acredite la representación con que actúa.
<input type="checkbox"/>	Relación de Material Pedagógico
<input type="checkbox"/>	Programa de los cursos de formación inicial y continuada para la utilización de desfibriladores
<input type="checkbox"/>	Currículum de monitores e instructores, aportando las certificaciones de capacitación.
<input type="checkbox"/>	Comprobante original de transferencia/ingreso bancario por importe de <b>350,00 €</b> <b>Entidad: Cajasiete - Cuenta bancaria 3076 0340 31 2763999022 - IBAN: ES75 3076 0340 31 2763999022</b>
<input type="checkbox"/>	En caso de renovación, declaración responsable de que los datos y documentos que constan en la ESSSCAN, no han variado
<input type="checkbox"/>	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:  

