

MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS.

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|
| *Nombre: | | *NIF: | |
| Apellidos: | | | |
| *Domicilio fiscal: Calle/Plaza: | | | Nº: |
| *Localidad: | | Municipio: | *Provincia: |
| Cód. postal: | Teléfonos: | | *Móvil: |
| Fax: | | *E-mail: | |

EXPONE:

| |
|---|
| Que estando en posesión del certificado o acreditación de haber superado el curso de: <i>(título del curso)</i> |
| Expedido por: <i>*(nombre de la institución y provincia)</i> |

SOLICITA:

| |
|---|
| La acreditación para la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos |
|---|

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

| |
|---|
| *Fotocopia compulsada del certificado/acreditación de haber superado el curso de <i>(título del curso)</i> |
| *Fotocopia del documento nacional de identidad |
| *Comprobante transferencia/ingreso |
| *2 Fotografías tamaño carnet |
| Otros: |

***Datos de obligatoria cumplimentación para su tramitación.**

PRECIO: 20,00 €. El pago se efectuará mediante transferencia/ingreso, especificando **nombre, apellidos y NIF.**

Los datos bancarios para poder realizar el ingreso o transferencia son los siguientes:

Entidad: Cajasiete Titular: Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias
Número de cuenta: 3076 0340 31 2763999022 IBAN en formato electrónico: ES7530760340312763999022
IBAN en formato papel: ES75 3076 0340 3127 6399 9022

Aquellas personas que soliciten la acreditación por correo ordinario deberán efectuar el pago y enviar el comprobante de la transferencia bancaria junto con el resto de la documentación requerida.

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.

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.

C/ Padre José de Sosa, nº 22 – 1ª planta
35001 – Las Palmas de Gran Canaria
928117255 928117274 (Fax)

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

www.essscan.es

Búscanos:  

