

**MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PRIMEROS AUXILIOS Y SALVAMENTO Y SOCORRISMO ACUÁTICO.**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

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

**EXPONE:**

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

**SOLICITA:**

La acreditación de primeros auxilios y salvamento y socorrismo acuático
---

**DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:**

	Fotocopia compulsada del certificado/acreditación, con indicación del número de horas y los contenidos, de haber superado el curso de <i>(título del curso)</i>
	Fotocopia compulsada del documento nacional de identidad
	Comprobante transferencia/ingreso
	2 Fotografías tamaño carnet
	Otros:

*\*Datos de obligatoria cumplimentación.*

**PRECIO: 18,00 €.** El pago se efectuará mediante transferencia/ingreso a la cuenta corriente abierta a nombre de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias en la entidad bancaria **La Caixa** y sus sucursales. Número de C/C: 2100 / 9169 / 02 / 2200165405, especificando **nombre, apellidos y NIF.**

**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)**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)** informa que los datos de carácter personal recogidos en el presente documento/solicitud/inscripción serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros con la finalidad de prestación de los servicios solicitados.

El titular de los datos garantiza la veracidad de los datos aportados y se compromete a comunicar cualquier modificación que sufran los datos facilitados.

Asimismo, le informamos que sus datos serán cedidos a terceras entidades cuando sea necesario para la prestación de los servicios solicitados.

Finalmente le informamos que podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos legalmente ante el responsable del fichero, **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)** dirigiendo un escrito a la siguiente dirección: C/ José de Zárate y Penichet, Edf. Arco Iris oficina 4º F – Residencial Anaga, 38001 – Santa Cruz de Tenerife, adjunto copia del D.N.I. por ambas caras y dirección a efectos de notificación.

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

Búscanos:  

