

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: La Caixa - Cuenta bancaria 2100 9169 02 2200165405 - IBAN: ES92 2100 9169 02 2200165405</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)**

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.

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ESSSCAN:**

<b>Fecha Reg.:</b>	<b>Nº Registro</b>	<b>Fecha Certificado</b>	
<b>Fecha Informe:</b>	<b>Fecha Propuesta:</b>	<b>Fecha Resolución:</b>	

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:  

