

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 compulsada del documento nacional de identidad
Comprobante transferencia/ingreso
2 Fotografías tamaño carnet
Otros:

**Datos de obligatoria cumplimentación.*

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: La Caixa (Caixabank, S.A.)	Titular: Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias
Número de cuenta: 2100 9169 02 2200165405	IBAN en formato electrónico: ES9221009169022200165405
IBAN en formato papel: ES92 2100 9169 0222 0016 5405	BIC: CAIXESBBXXX

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

Búscanos:  

