

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DESFIBRILADORES EXTERNOS SEMIAUTOMÁTICOS POR PERSONAL NO SANITARIO

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre:Apellido 1:Apellido2:

D. N .I.:

*Consentimiento de consulta de datos de carácter personal (marcar con una X).....

Profesión:

(Excluidos/as Médicos/as y D.U.E.s)

Centro/empresa de trabajo:

Teléfono: FAX:

Correo electrónico:

Dirección a efectos de notificaciones:

Calle, número, piso:.....

Localidad: Provincia

Código Postal: País:

Medio preferente a efectos de notificaciones (señalar con x)

Correo ordinario Correo electrónico

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN:

Nombre entidad / empresa formadora:

Fechas de realización de la formación (dd/mm/aaaa):

Localidad de realización de la formación:

Fecha de expedición del certificado de formación (dd/mm/aaaa) :

Lugar y fecha:a de de

Firmado:

***Autorización expresa a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para acceder a la consulta del DNI o documento equivalente en el caso de extranjeros, a través de los medios electrónicos habilitados al efecto, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 23/2009, de 26 de marzo, de medidas relativas a la simplificación documental en los procedimientos administrativos**

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a la persona firmante que los datos de carácter personal que son recabados a través del presente formulario serán objeto de tratamiento, en su calidad de persona autorizada para el uso de DESA por personal no sanitario, e incorporados al fichero de carácter personal "Registro relativo al uso de DESA", teniendo como finalidad el garantizar su adecuado uso, así como su instalación y la formación requerida para su manejo. El responsable de los ficheros es la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Castilla y León; Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Salud Pública, sito en el Paseo de Zorrilla nº 1, 47007 Valladolid. Los datos que como titular Vd. facilite no serán cedidos salvo en los casos en los que la legislación actual así lo prevea.

DIRIGIR A: SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE (Provincia de notificación)



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD
(art. 13 del Decreto 9/2008, de 31 de enero):

DOCUMENTACIÓN GENERAL:

DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA IDENTIDAD DEL SOLICITANTE:

(Marcar con una X)

- Copia del NIF/NIE en los casos de no autorizar expresamente a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para acceder a la consulta del NIF o documento equivalente en el caso de extranjeros, a través de los medios electrónicos habilitados al efecto, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 23/2009, de 26 de marzo, de medidas relativas a la simplificación documental en los procedimientos administrativos.

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA:

DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA FORMACIÓN REALIZADA

(Marcar con una X)

- Copia compulsada de la certificación de la formación realizada.

Los documentos deben ser originales o copias debidamente compulsadas, excepto cuando el procedimiento pueda iniciarse telemáticamente, cuando la Administración pueda comprobarlos por técnicas telemáticas o cuando la documentación justificativa obre en poder de la Consejería de Sanidad desde hace menos de cinco años, en cuyo caso el interesado deberá hacer constar el archivo, base de datos o fondo documental donde aparece.