



Nº de serie:	Modelo:	Marca:	Distribuidor o fabricante autorizado:
Descripción del lugar concreto donde está ubicado:			
Coordenadas Geolocalización (GPS)			

Nº de serie:	Modelo:	Marca:	Distribuidor o fabricante autorizado:
Descripción del lugar concreto donde está ubicado:			
Coordenadas Geolocalización (GPS)			

### PERSONAL ACREDITADO

El personal capacitado y acreditado para la utilización de dichos desfibriladores es el que consta en la siguiente relación:

D.N.I	Nombre y Apellidos	Empresa formadora	Fecha acreditación / último reciclaje	Fecha de renovación

### DECLARA que:

#### Respecto a el/los DEA:

- ☐ Tienen el marcaje CE que garantiza su conformidad con la normativa reguladora de productos sanitarios.
- ☐ Se utilizarán y mantendrán, en todo momento, según las prescripciones del fabricante.
- ☐ Su ubicación y normas de utilización están adecuadamente señalizadas en lugar visible.
- ☐ Se tienen previstos los medios para la comunicación inmediata con el 061.
- ☐ Se compromete a implementar las acciones correctivas que se determinen por el fabricante o por las autoridades sanitarias.

#### Respecto al personal:

- ☐ El personal encargado del manejo del DEA dispone de formación y actualización de los conocimientos exigidos.
- ☐ Durante el horario de actividad se cuenta al menos con una persona autorizada para su uso.

En ..... a ....., de ..... de 20...

Firmado: .....

A/A GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (061)