

ANEXO IV

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DOCENTE A LAS ENTIDADES DE FORMACIÓN DE
PRIMEROS INTERVINIENTES EN EL USO DE DESFIBRILADORES EXTERNOS
AUTOMÁTICOS.**

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF (*)
RAZÓN SOCIAL		CIF (*)
DIRECCIÓN		
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FAX

DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF (*)
--------------------	---------

**DATOS DEL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LAS
ACCIONES FORMATIVAS**

NOMBRE Y APELLIDOS	TITULACION
--------------------	------------

(*) ☐ Autorización para la consulta electrónica de la información (no sería necesaria la presentación en papel).

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

COPIAS COMPULSADAS DE:

- ☐ CIF de la Entidad Solicitante (*)
- ☐ NIF del Representante Legal (*)
- ☐ Titulaciones académicas del responsable de la formación y del personal formador.
- ☐ Titulación en soporte vital vigente y en su caso, documento que acredite su actualización (del responsable de la formación y del personal formador).
- ☐ Disponibilidad de Local: Escritura - Contrato De Alquiler - Otra Documentación.

MEMORIA CON:

- ☐ Programas de formación que se propongan impartir.
- ☐ Relación del personal formador, integrado por instructores y monitores de soporte vital, con titulación apropiada y reconocidos por el CERCP.
- ☐ Material docente disponible
- ☐ Plano del local / Instalaciones
- ☐ Conformidad, si procede, de la empresa demandante de la formación, de disponibilidad de local.

En , a de de 20

Fdo.: D./D^a.

A/A DIRECCION GENERAL DE ORDENACION Y ATENCIÓN SANITARIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CANTABRIA