

ANEXO IV

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

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