

**ANEXO V**

**SOLICITUD DE RENOVACION DE LA 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
--------------------	------------

**DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA**

☐ Declaración jurada donde se haga constar que se continúan cumpliendo las condiciones establecidas por la anterior resolución.

☐ Documentación que acredite las modificaciones: detallar.

**COPIAS COMPULSADAS DE:**

☐ Titulación en soporte vital vigente y en su caso, documento que acredite su actualización (del responsable de la formación y del personal formador).

**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.

En , a de de 20 .

Fdo.: D./D<sup>a</sup>.

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