

ANEXO V

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

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^a.

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