



MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS.

DATOS DEL SOLICITANTE

*Nombre:		*NIF:
*Apellidos:		
*Domicilio Fiscal: Calle/Plaza:		Nº:
*Localidad:	*Provincia:	
*Cód. Postal:	*Teléfono.:	Fax:
e-mail:		

EXPONE:

Que estando en posesión certificado o acreditación de haber superado el curso de: *(<i>título del curso</i>)
Expedido por: *(<i>nombre de la institución y provincia</i>)

SOLICITA:

La acreditación para la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos.
--

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN :

	Fotocopia compulsada del certificado / acreditación de haber superado el curso de (<i>título del curso</i>):
	Fotocopia compulsada del documento nacional de identidad.
	2 Fotografías tamaño carnet
	Otros:

* *Datos de obligatoria cumplimentación.*

TASAS: 15,00 €. El pago se efectuará una vez recibida notificación, por parte de la ESSSCAN, de que la acreditación ha sido tramitada. Para retirar la acreditación será necesario entregar comprobante original de ingreso/transferencia bancaria, especificando **nombre, apellidos y NIF**.

Cuenta bancaria: 2065 / 0155 / 31 / 2900010031 – Entidad: Caja Canarias.

Aquellas personas que soliciten la acreditación por correo ordinario deberán efectuar el pago de las tasas por adelantado y enviar el comprobante de la transferencia bancaria junto al resto de documentación requerida.

a de 200

Fdo.

ILMA. SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS (ESSSCAN)

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS informa que los datos de carácter personal recogidos en el presente documento/solicitud/inscripción serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros con la finalidad de prestación de los servicios solicitados.

El titular de los datos garantiza la veracidad de los datos aportados y se compromete a comunicar cualquier modificación que sufran los datos facilitados.

Asimismo, le informamos que sus datos serán cedidos a terceras entidades cuando sea necesario para la prestación de los servicios solicitados.

Finalmente le informamos que podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos legalmente ante el responsable del fichero, **ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS** dirigiendo un escrito a la siguiente dirección: C/ Leoncio Rodríguez - Edificio el Cabo 4ª Planta, 38003 - Santa Cruz de Tenerife, adjuntando copia del D.N.I. por ambas caras y dirección a efectos de notificación.