

ANEXO V

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LAS ENTIDADES DE FORMACIÓN DEL PERSONAL NO MÉDICO
PARA EL MANEJO DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS**

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

Nombre y apellidos o razón social CIF/NIF

Dirección

Localidad Código Postal Teléfono Fax

DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos Titulación

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN Y DESARROLLO DE LAS ACCIONES NORMATIVAS.

Nombre y apellidos Titulación

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA

COPIAS COMPULSADAS DE:

- DNI O CIF DE LA ENTIDAD O REPRESENTANTE LEGAL
- TITULACION DEL RESPONSABLE Y PERSONAL FORMADOR
- TITULO JURÍDICO QUE JUSTIFIQUE LA DISPONIBILIDAD DE INSTALACIONES APROPIADAS PARA IMPARTIR FORMACIÓN.

ORIGINALES DE:

- PROGRAMAS DE FORMACIÓN QUE SE PRETENDA IMPARTIR
- RELACIÓN DEL PERSONAL FORMADOR.

Firma del solicitante

En.....a.....de.....de.....

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO
CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA.