

ANEXO VI

RENOVACIÓN 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

- DECLARACIÓN JURADA DONDE SE HAGA CONSTAR QUE SE CONTINÚAN CUMPLIENDO LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA ANTERIOR RESOLUCIÓN.
- DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LAS MODIFICACIONES.

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.