**DECLARACIÓN DE LA PERSONA DOCENTE DE CURSOS DEA**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA COORDINADORA O DOCENTE** |
| **Son obligatorios los campos tipo y número de documento, nombre y primer apellido** |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |        | 2º Apellido: |       |  |
|  |
| NIF [ ]  Pasaporte/NIE [ ]  Número de documento: |        |  |
| Hombre: [ ]  Mujer: [ ]  |
|  |
| Domicilio: |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |        |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  Correo electrónico: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | *Instituto de Ciencias de la Salud* |
| **Finalidad** | *Gestión y control de las personas autorizadas para el uso de desfibriladores externos automatizados y de las entidades acreditadas para impartir la formación para su uso.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario; Decreto 4/2018, de 22 de enero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario).* |
| **Destinatarios** | *No existe cesión de datos.*  |
| **Derechos** | *Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.* |
| **Información adicional** | *Disponible en la dirección electrónica* <https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos> |

[ ]  Declaro responsablemente no incurrir en las incompatibilidades que se describen en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

[ ]  Consiento que la Administración sanitaria consulte mi titulación académica.

[ ]  En el caso de no consentir la verificación, autorizo a que el/la titular de la entidad acreditada para impartir formación para el uso de DEA aporte una copia de mí título.

En       , a       de       de

Fdo.: El/La docente