**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