**DECLARACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA EL USO DE DEA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA EL USO DE DEA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | *Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.* |
| **Finalidad** | *Gestionar el Registro de Entidades No Sanitarias con Desfibriladores Externos Automatizados.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Decreto 4/2018, de 22 de enero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario.* |
| **Destinatarios** | *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 la persona responsable de la instalación del DEA para que aporte una copia de mi titulación.

En       , a       de       de

Fdo.: La persona autorizada