Código SIACI

**SL7N**

Nº Procedimiento

**040341**

 **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PERSONA AUTORIZADA PARA EL USO DE DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMATIZADOS (DEA) FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** |
| NIF [ ]  Pasaporte/NIE [ ]  Número de documento: |         |  |
| Hombre: [ ]  Mujer: [ ]  |
|  |
| Nombre: |         | 1º Apellido:  |         | 2º Apellido: |         |  |
|  |
|  |
|  Domicilio:  |         |  |
|  |
|  Población: |         |  C.P.: |         |  Provincia:  |         |  |
|  |
|  Teléfono:  |         | Teléfono móvil:  |         | Correo electrónico: |         |  |
|  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**  |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]  Número de documento: |         |  |
| Hombre: [ ]  Mujer: [ ]  |
|  |
| Nombre: |         | 1º Apellido:  |         | 2º Apellido: |         |  |
|  |
| Domicilio:  |         |  |
|  |
|  Población:  |         | C.P.: |         | Provincia: |         |  |
|  |
|  Teléfono: |         | Teléfono móvil: |         |  Correo electrónico: |         |  |
|  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
|  [ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos).* [ ]  Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).* |
| **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> |
| **DATOS DE LA COMUNICACIÓN** |
| ASUNTO: Solicitud de inscripción en el Registro de formación para el uso de Desfibriladores Externos Automatizados (DEAs), en la Sección II. Personas autorizadas para hacer uso de los DEAs fuera del ámbito sanitario.EXPONE: Que estando acreditado para el uso de DEAs en la Comunidad Autónoma de:       Con fecha de acreditación:       SOLICITA: [ ]  La inscripción en el Registro de Formación para el uso de Desfibriladores externos automatizados (DEA), en la Sección II de Personas Autorizadas para el uso de DEA. [ ]  La variación de datos en el Registro de Personas autorizada para hacer uso de los DEA. [ ]  La baja en el Registro de Personas autorizada para hacer uso de los DEA.  |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:[ ]  Son ciertos los datos consignados en la presente comunicación comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.**Autorizaciones:**Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:[ ] Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ] Me opongo a la consulta de residencia.[ ] Otros:

|  |
| --- |
|       |
|       |

Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Documento: |       | presentado con fecha: |       |  |       | de la Administración: |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Documento: |       | presentado con fecha: |       | ante la unidad: |       | de la Administración: |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Documento: |       | presentado con fecha: |       | ante la unidad: |       | de la Administración: |       |

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

|  |
| --- |
|       |
|       |

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.****Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**[ ]  Copia del **certificado** de acreditación como primer interviniente con **especificación del programa de formación** desarrollado obtenido fuera de Castilla-La Mancha.[ ]  Poder de representación, en su caso |

Firma

En       , a       de      de 20

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA**

Código DIR3: A08014321