**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