

**CÓDIGO CIP
P5899**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O RENOVACIÓN EN EL
REGISTRO DE FORMACIÓN PARA USO DE DEA EN
EXTREMADURA, SECCIÓN DE PERSONAS INSTRUCTORAS
EN USO DE DEA EN EL ÁMBITO NO SANITARIO**

**JUNTA DE
EXTREMADURA**

RUE (REGISTRO ÚNICO DE EXPEDIENTES) (A rellenar por la Administración)

SELLO DE REGISTRO (Sellar en el interior del recuadro)



6201000001016

JUNTA DE EXTREMADURA
REGISTRO ÚNICO

1 TIPO DE SOLICITUD

Inscripción como persona instructora

Renovación de la inscripción

2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (persona instructora)

NIF/NIE	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tipo vía	Nombre vía pública	Tipo núm.	Número	Cal.núm.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Bloq.	Portal	Esc.	Planta	Pta.	País	Complemento domicilio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Cód. postal	Localidad (si es distinta al municipio)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

2.1 DATOS DE CONTACTO

Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 OTROS DATOS

Sexo : Masculino Femenino

3 REPRESENTANTE para medios electrónicos

NIF/NIE	Primer apellido / Razón social	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Móvil	Correo electrónico	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día Mes Año

4 DATOS DE NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica por comparecencia en la Sede electrónica (en caso contrario se da por entendido que el medio de notificación será por correo postal)

* Correo electrónico para avisos (Sede electrónica)

Tipo vía	Nombre vía pública	Tipo núm.	Número	Cal.núm.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Bloq.	Portal	Esc.	Planta	Pta.	País	Complemento domicilio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Cód. postal	Localidad (si es distinta al municipio)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

5 DATOS DE CAPACITACIÓN DE LA PERSONA INSTRUCTORA

5.1 TITULACIÓN ACREDITATIVA

Fecha titulación:

Titulación acreditativa de la capacitación como persona instructora en uso de DEA:

- Soporte vital básico.
- Soporte vital básico y desfibrilación externa automática.
- Soporte vital inmediato.
- Soporte vital avanzado.

Entidad que reconoce su titulación como persona instructora:

- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP).
- European Resuscitation Council (ERC).
- American Heart Association (AHA).

5.2 TITULACIÓN EXPEDIDA HACE MÁS DE TRES AÑOS

NO SI

En caso de titulación expedida hace más de tres años, ¿posee certificado de haber participado como ponente en los últimos tres años en una actividad formativa para uso de DEA? SI NO

Entidad que reconoce la actividad formativa para la que ha actuado como ponente:

- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP).
- European Resuscitation Council (ERC).
- American Heart Association (AHA).
- Entidad proveedora registrada en Extremadura.

5.3 TITULACIÓN ACADÉMICA

A los efectos de poder ejercer la Dirección de actividades formativas para uso de DEA. Si está interesado, debe indicar la titulación que posee.

- Licenciatura o grado en medicina
- Diplomatura o grado en enfermería
- Técnico/a en emergencias sanitarias de grado medio

6 DATOS PARA LA RENOVACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Num. registro como persona instructora

Fec. caducidad inscripción (posterior a la fecha actual)

7 DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DE LA PERSONA INSTRUCTORA

Centro de trabajo

Puesto de trabajo / Cargo

Tipo vía

Nombre vía pública

Tipo Núm.

Número

Cal.Núm.

Bloq.

Portal

Esc.

Planta

Pta.

País

Complemento Domicilio

Provincia

Municipio

Cód. Postal

Localidad (si es distinta al municipio)

7.1 DATOS DE CONTACTO

Teléfono

Móvil

Fax

Correo electrónico

7.2 SECTOR AL QUE PERTENECE

- Administración pública
- Entidad privada
- Persona trabajadora autónoma

8 DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

- Copia de la titulación acreditativa como persona instructora en uso de DEA, reconocida por el CERCP, el ERC o la AHA en los últimos tres años.
- Certificación como ponente en los tres últimos años, reconocida por el CERCP, el ERC, la AHA o por una entidad proveedora registrada para impartir formación en DEA en Extremadura (Solo si la titulación como persona instructora tiene más de tres años).

9 DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA SOLICITUD

- Declaro bajo mi responsabilidad que reuno los requisitos exigidos como persona instructora en uso de DEA de acuerdo con la normativa en vigor y que no he estado sometido a medidas cautelares, sancionadoras o de otro tipo que pudieran haberme inhabilitado para llevarlo a efecto.

10 COMPROBACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN

Conforme al artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, las Administraciones públicas podrán recabar o verificar los datos que a continuación se relacionan. Si manifiesta su oposición a que la Dirección General de Asistencia Sanitaria efectúe dicha comprobación, deberá indicarlo marcando la casilla correspondiente, y aportando en cada caso el documento solicitado.

- Me opongo a que solicite y recabe de otros organismos públicos datos de domicilio, residencia. Aporto certificado de empadronamiento.
- Me opongo a que solicite y recabe de otros organismos públicos los datos de titulación académica. Aporto copia de la Titulación Académica.

CLAÚSULA PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE del Tratamiento	Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura
FINALIDAD del Tratamiento	El tratamiento de los datos se realiza con la finalidad de gestionar las personas instructoras en uso de DEA.
LEGITIMACIÓN del Tratamiento	La Base Jurídica de la finalidad principal del tratamiento necesario es el cumplimiento de una misión que es realizada en interés público o en el ejercicio de Poderes Públicos del Responsable de Tratamiento (art. 6.1 e) RGPD).
DERECHOS de las personas interesadas	Acceso, rectificación, cancelación, portabilidad, supresión, limitación del tratamiento y oposición, así como otra información según se describe en la información adicional.
Información adicional:	https://ciudadano.gobex.es/documents/10842/9639655/5899+ClausulaPDN2_30-05-2019.pdf/d61f1038-a606-4b6a-9e06-e39bff3ec149

FIRMA PRESENTACIÓN MANUAL

En _____, a ____ de _____ de _____

CSVCSV El Código Seguro de Verificación incluido en el presente justificante permite la comprobación de la integridad del registro y la documentación (sede.gobex.es)

AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Extremadura y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos, o la información contenida en los mismos, de los órganos donde se encuentren.

Documento	Órgano	Fecha de Emisión o Presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó. (Indicar el Nº de Expediente)

AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos, o la información contenida en los mismos, disponible en soporte electrónico.

Documento	Órgano	Fecha de Emisión o Presentación		Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó. (Indicar el Nº de Expediente)

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

Presento la siguiente documentación

Documento	Breve Descripción	HASH