

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN COMO ENTIDAD DE FORMACIÓN DE PERSONAL NO SANITARIO PARA EL MANEJO DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO			
<input type="checkbox"/> PRIMERA SOLICITUD		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE			
Nombre comercial de la Entidad Formadora			
Nombre de la Entidad titular (nombre de la sociedad, fundación, persona física, etc)			NIF
Dirección			
Localidad	C.P.	Provincia	Teléfono
DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y apellidos			D.N.I.
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LAS ACCIONES FORMATIVAS			
Nombre y apellidos		Titulación	
Teléfono de contacto		Correo electrónico	
DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA			
SOLICITUD INICIAL			
<input type="checkbox"/>	TITULARIDAD: Copia de Escrituras y/o Apoderamiento que acrediten la titularidad del centro		
<input type="checkbox"/>	TITULAR O REPRESENTANTE: Copia DNI del solicitante y CIF de la entidad		
<input type="checkbox"/>	AULAS: Escrito indicando la disponibilidad de aulas (propias, en alquiler, en cesión, instalaciones ajenas)		
<input type="checkbox"/>	DECLARACIÓN RESPONSABLE de disponibilidad de aulas y plano de ubicación y distribución de los espacios de formación		
<input type="checkbox"/>	PROGRAMA DE FORMACIÓN que se proponga impartir (incluirá objetivos, contenido específico, duración, cronograma, nº participantes, contenido, ratio instructor/alumnos y duración de los cursos de formación continuada) y		
<input type="checkbox"/>	DECLARACIÓN RESPONSABLE.		
<input type="checkbox"/>	DOTACIÓN DE MATERIAL necesario para garantizar la docencia: relación y DECLARACIÓN RESPONSABLE		
<input type="checkbox"/>	RELACIÓN DEL PERSONAL FORMADOR (integrado por instructores de Soporte Vital, con titulación apropiada y reconocidos por PNRCP/AHA/otros		
<input type="checkbox"/>	DOCUMENTACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA FORMACIÓN: copia de DNI, título (deberá ser médico o enfermero o TES) y acreditación como instructor		
<input type="checkbox"/>	DOCUMENTACIÓN DE LOS INSTRUCTORES: copia de DNI, titulación, título (si procede, médico/enfermero/TES) y acreditación como instructor		
SOLICITUD DE RENOVACIÓN			
<input type="checkbox"/>	Si no se han producido modificaciones respecto a las condiciones dadas en la anterior Resolución: DECLARACIÓN RESPONSABLE donde se haga constar		
<input type="checkbox"/>	Si se han producido modificaciones de las condiciones dadas en la anterior Resolución sobre titularidad, instalaciones, recursos materiales o de personal formador (altas y/o bajas): documentación que acredite dichas modificaciones		
<input type="checkbox"/>	Otros (relacionar)		

Fecha y firma: