

**ANEXO V****SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LAS ENTIDADES DE FORMACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO PARA EL MANEJO DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS.****DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**

Nombre y apellidos o razón social		CIF/NIF	
Dirección			
Localidad	Código Postal	Teléfono	Fax

**DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre y apellidos	Titulación
--------------------	------------

**DATOS DEL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN Y DESARROLLO DE LAS ACCIONES FORMATIVAS.**

Nombre y apellidos	Titulación
--------------------	------------

**DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA:****COPIAS COMPULSADAS DE:**

DNI O CIF DE LA ENTIDAD O REPRESENTANTE LEGAL

TITULACION DEL RESPONSABLE Y PERSONAL FORMADOR

TITULO JURÍDICO QUE JUSTIFIQUE LA DISPONIBILIDAD DE INSTALACIONES APROPIADAS PARA IMPARTIR FORMACIÓN.

**ORIGINALES DE.**

Firma del solicitante

En.....a.....de.....de.....

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos., la Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de la solicitud planteada.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Salud Pública, sita en Crta. Alfonso XIII 52-54. 52005. Melilla.

**DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD  
CONSEJERÍA POLÍTICAS SOCIALES Y SALUD PÚBLICA.  
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA**