

**CÓDIGO CIP  
P5900**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN E INSCRIPCIÓN, O RENOVACIÓN,  
EN EL REGISTRO DE FORMACIÓN PARA USO DE DEA EN  
EXTREMADURA, SECCIÓN ENTIDADES PROVEEDORAS  
AUTORIZADAS DE ACTIVIDADES FORMATIVAS 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**

Autorización e inscripción como entidad proveedora de formación  Renovación de la autorización

**2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (entidad proveedora)**

NIF/NIE  Primer apellido / Razón social  Segundo apellido  Nombre   
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)

**2.1 DATOS DE CONTACTO**

Teléfono  Móvil  Fax  Correo electrónico

**2.2 SECTOR AL QUE PERTENECE**

**2.3 OTROS DATOS**

Administración pública  Entidad privada  Persona trabajadora autónoma Sexo :  Hombre  Mujer

**3 REPRESENTANTE para medios electrónicos**

NIF/NIE  Primer apellido / Razón social  Segundo apellido  Nombre   
Teléfono  Móvil  Correo electrónico  Fecha de nacimiento   
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.   
Bloq.  Portal  Esc.  Planta  Pta.  País  Complemento domicilio   
Provincia  Municipio  Cód. postal  Localidad (si es distinta al municipio)

**5 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso necesario)**

NIF/NIE  Primer apellido / Razón social  Segundo apellido  Nombre   
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)

**5.1 DATOS DE CONTACTO**

Teléfono  Móvil  Fax  Correo electrónico

**5.2 OTROS DATOS**

Sexo :  Hombre  Mujer

**6 DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA SOLICITUD**

- Declaro, bajo mi responsabilidad, que reúno los requisitos exigidos como entidad proveedora para impartir formación en uso de DEA de acuerdo con la normativa en vigor, incluyendo la disponibilidad de instalaciones y del material docente para impartir la formación, tanto teórica como práctica, que la formación se encuentra dentro de mis actividades económicas o empresariales y que, en el caso de utilizar logotipos y marcas comerciales en mi actividad, dispongo de su propiedad y registro. Asimismo, declaro no haber estado sometido a medidas cautelares, sancionadoras o de otro tipo que pudieran haberme inhabilitado para llevarlo a efecto.

**7 DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA**

- Programa de formación a impartir en los cursos de formación inicial y de reciclaje, ajustado a lo establecido en el anexo V del Decreto 16/2019, de 12 de marzo, por el que se regula la instalación de DEA en el ámbito no sanitario, la autorización para su uso y la formación asociada al mismo.

**8 COMPROBACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN / CESIÓN DE DATOS**

**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 los datos que me acreditan como autónomo, a fin de que sean consultados en sus archivos, bases de datos u otros fondos documentales.  
Aporto copia de los documentos de alta en Hacienda y en la Seguridad Social que me acreditan como autónomo (caso de persona autónoma).
- Me opongo a que solicite y recabe de otros organismos públicos los datos de identificación fiscal, a fin de que sean consultados en sus archivos, bases de datos u otros fondos documentales o mediante los servicios ofrecidos por la Agencia Tributaria.  
Aporto copia Tarjeta de identificación fiscal de la entidad solicitante, así como el código electrónico suministrado en la comunicación de la tarjeta acreditativa del número de identificación fiscal.
- Me opongo a que solicite y recabe de otros organismos públicos los datos del domicilio fiscal de la entidad proveedora.  
Aporto documento con el domicilio fiscal.

**CLAÚSULA PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>RESPONSABLE</b> del Tratamiento	Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura
<b>FINALIDAD</b> del Tratamiento	El tratamiento de los datos se realiza con la finalidad de gestionar las entidades proveedoras autorizadas para impartir formación en uso de DEA.
<b>LEGITIMACIÓN</b> 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).
<b>DERECHOS</b> 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.
<b>Información adicional:</b>	<a href="https://ciudadano.gobex.es/documents/10842/9639659/5900+ClausulaPDN2_30-05-2019.pdf/86f48821-34a0-4c4a-9a29-7d532c7f07d9">https://ciudadano.gobex.es/documents/10842/9639659/5900+ClausulaPDN2_30-05-2019.pdf/86f48821-34a0-4c4a-9a29-7d532c7f07d9</a>

**FIRMA PRESENTACIÓN MANUAL**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**CSV**

CSV

El Código Seguro de Verificación incluido en el presente justificante permite la comprobación de la integridad del registro y la documentación ([sede.gobex.es](http://sede.gobex.es))**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN Y CALIDAD SANITARIAS Y SOCIOSANITARIAS****CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES**

Código identificación DIR3: A11016274

**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