***SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ACREDITACION INDIVIDUAL PARA EL USO DE DESFIBRILADORES EXTERNOS SEMIAUTOMÁTICOS FUERA DEL AMBITO SANITARIO***

FORMULARIO I

Por el presente, **SOLICITO**, certificación individual para la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario tras haber superado el curso de formación que se establece según Decreto *DECRETO 38/2017, DOGA Nº70 ,de 10 ABRIL 2017,*, por el que se regula el uso de desfibriladores externos por personal no facultativoy **AUTORIZO** la inclusión de los datos que figuran en este formulario en el registro de personas acreditadas para hacer uso de los desfibriladores semiautomáticos externos

Datos de Filiación:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE  |  DNI |
| APELLIDOS  | POBLACION |
| DOMICILIO  | TELEFONO |
| PROVINCIA  |
| CODIGO POSTAL  |
| CORREO ELECTRÓNICO  |

Datos de Capacitación:

|  |
| --- |
| TITULACIÓN /PROFESIÓN  |
| FECHA REALIZACIÓN DEL CURSO  |
| FECHA EMISIÓN CERTIFICADO DEL CURSO  |
| ENTIDAD FORMADORA: AGAMFEC |
| PUESTO DE TRABAJO / CARGO  |
| DIRECCIÓN CENTRO DE TRABAJO  |
| TELEFONO TRABAJO /EXTENSIÓN  |

En, SANTIAGO a de

Firmado,