***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,