



SOL·LICITUD D'ACREDITACIÓ/RENOVACIÓ DE CENTRES PER A IMPARTIR EL PROGRAMA DE FORMACIÓ DE PERSONAL NO SANITARI PER A LA UTILITZACIÓ DE DESFIBRIL·LADORS SEMIAUTOMÀTICS EXTERNS  
SOLICITUD DE ACREDITACIÓN/RENOVACIÓN DE CENTROS PARA IMPARTIR EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PERSONAL NO SANITARIO PARA LA UTILIZACIÓN DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EXTERNOS

**A** TIPUS DE TRÀMIT / TIPO DE TRÁMITE

ACREDITACIÓ

RENOVACIÓ

**B** DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NIF	COM A / EN CALIDAD DE
DADES DEL CENTRE DE FORMACIÓ / DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓ			
NOM / NOMBRE			NIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**C** DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			NIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

**D** DADES DE NOTIFICACIÓ (si és diferent a l'apartat B i C)  
DATOS DE NOTIFICACIÓN (si es diferente al apartado B y C)

DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO (*)	
Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions: Indique en qué lengua desea recibir las notificaciones:		Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics: <input type="checkbox"/> sí Si el solicitante es persona física, acepta la notificació per mitjans electrònics: <input type="checkbox"/> sí	
<input type="checkbox"/> Valencià / Valenciano	<input type="checkbox"/> Castellà / Castellano		

(\*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(\*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificado electrónico en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(\*) Rebrà l'avís de posada a la disposició de la notificació electrònica en el seu correu electrònic.

(\*) Recibirá el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica en su correo electrónico.

**E** CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ / CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN

**E1** CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (OPOSICIÓ) / CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (OPOSICIÓN)

D'acord amb el que disposa l'article 28 de Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, **en absència d'oposició expressa** per part de l'interessat, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per obtenir directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració i que per a aquest procediment són els assenyalats a continuació: dades acreditatives de la personalitat de la persona o entitat sol·licitant i, en el seu cas, de la representació.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, **en ausencia de oposición expresa** por parte del interesado, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de los documentos elaborados por cualquier administración y que para este procedimiento son los señalados a continuación: consulta de los datos acreditativos de la personalidad de la persona o entidad solicitante y, en su caso, de la representación

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació haurà de manifestar-ho a continuació, quedant obligat a aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del pocediment.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información deberá manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

M'oposo a l'obtenció directa de les dades acreditatives de la personalitat de la persona o entitat sol·licitant i, en el seu cas, de la representació.  
Me opongo a la obtención directa de los datos acreditativos de la personalidad de la persona o entidad solicitante y, en su caso, de la representación.

MOTIU DE L'OPOSICIÓ / MOTIVO DE LA OPOSICIÓN

--

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ / CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

**E2 CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ TRIBUTÀRIA (AUTORITZACIÓ EXPRESSA)  
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN TRIBUTARIA (AUTORIZACIÓN EXPRESSA)**

D'acord amb el que es disposa en l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, i en relació amb l'art. 95.1.k de la LGT, **es requereix el consentiment exprés de l'interessat per a la consulta de les dades tributaries següents:** dades que acrediten l'alta a l'Impost sobre Activitats Econòmiques (IAE).

*De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, y en relación con el art. 95.1.k de la LGT, se requiere el consentimiento expreso del interesado para la consulta de los datos tributarios siguientes: datos que acrediten el alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE).*

En cas de no autoritzar-ho de forma expressa, haurà d'aportar els documents corresponents, en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. (Art.16.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques).

*En caso de no autorizarlo de forma expresa, deberá aportar los documentos correspondientes, en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento. (Art. 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas).*

- Autoritze l'obtenció directa de les dades que acrediten l'alta a l'Impost sobre Activitats Econòmiques (IAE).  
*Autorizo la obtención directa de los datos que acrediten el alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE).*

**F DOCUMENTACIÓ A APORTAR / DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

**F1 ACREDITACIÓ DE CENTRE / ACREDITACIÓN DE CENTRO**

- Document acreditatiu de la personalitat de la persona o entitat sol·licitant i, en el seu cas, de la representació que ostenta, en cas d'oposició a la seua obtenció directa.  
*Documento acreditativo de la personalidad de la persona o entidad solicitante y, en su caso, de la representación que ostenta, en caso de oposición a su obtención directa.*
- Acreditació de la representació, llevat que aquest inscrit en el Registre de Representants de la Generalitat Valenciana, o bé en el Registre Electrònic d'apoderaments de la A..G..E.  
*Acreditación de la representación, salvo que este inscrito en el Registro de Representantes de la Generalitat Valenciana, o bien en el Registro Electrónico de apoderamiento de la A. G. E.*
- Còpia del justificant que acredite que consta com a donat d'alta a l'Impost sobre Activitats Econòmiques (IAE), en el cas de les persones físiques o jurídiques privades si no autoritzen expresament la seua obtenció directa.  
*Copia del justificante que acredite que consta como dado de alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE) en el caso de las personas físicas o jurídicas privadas si no autorizan expresamente su obtención directa.*
- Memòria justificativa.  
*Memoria justificativa.*

**F2 RENOVACIÓ DE CENTRE / RENOVACIÓN DE CENTRO**

- Memòria explicativa dels cursos realitzats, amb indicació expressa de si s'han produït canvis en les condicions del seu centre en relació a les exposades a la sol·licitud inicial.  
*Memoria explicativa de los cursos realizados, con indicación expresa de si se han producido cambios en las condiciones de su centro en relación a las expuestas en la solicitud inicial.*

**G DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE**

**G1 ACREDITACIÓ DE CENTRE / ACREDITACIÓN DE CENTRO**

La persona sol·licitant **declara**, sota la seua responsabilitat: / La persona solicitante **declara**, bajo su responsabilidad:

- Que el centre de formació al qual representa compleix els requisits establerts a l'article 11 del Decret 159/2017, de 6 d'octubre, del Consell, pel qual es regula la instal·lació i ús de desfibril·ladors automàtics i semiautomàtics externs fora de l'àmbit sanitari, en la Comunitat Valenciana.  
*Que el centro de formación al que representa cumple los requisitos establecidos en el artículo 11 del Decreto 159/2017, de 6 de octubre, del Consell, por el cual se regula la instalación y uso de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario, en la Comunidad Valenciana.*
- Que compleix amb els requisits exigits en la normativa vigent per a obtenir l'exercici de aquesta activitat, disposa de la documentació que així ho acredita, que la posarà a la disposició de l'Administració quan li siga requerida, i es compromet a mantindre el compliment de les anteriors obligacions durant el període de temps inherent a aquest exercici, de conformitat amb l'article 69.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques.  
*Que cumple con los requisitos exigidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento del ejercicio de esta actividad, dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida, y se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el periodo de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio, de conformidad con el artículo 69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.*

G2 RENOVACIÓ DE CENTRE / RENOVACIÓN DE CENTRO

La persona sol·licitant **declara**, sota la seua responsabilitat: / La persona solicitante **declara**, bajo su responsabilidad:

- Que el centre de formació al qual representa compleix els requisits establerts a l'article 11 del Decret 159/2017, de 6 d'octubre, del Consell, pel qual es regula la instal·lació i ús de desfibril·ladors automàtics i semiautomàtics externs fora de l'àmbit sanitari, en la Comunitat Valenciana.  
*Que el centro de formación al que representa cumple los requisitos establecidos en el artículo 11 del Decreto 159/2017, de 6 de octubre, del Consell, por el cual se regula la instalación y uso de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario, en la Comunitat Valenciana.*
- Que compleix amb els requisits exigits en la normativa vigent per a renovar l'exercici de aquesta activitat, disposa de la documentació que així ho acredita, que la posarà a la disposició de l'Administració quan li siga requerida, i es compromet a mantindre el compliment de les anteriors obligacions durant el període de temps inherent a aquest exercici, de conformitat amb l'article 69.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques.  
*Que cumple con los requisitos exigidos en la normativa vigente para renovar el reconocimiento del ejercicio de esta actividad, dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida, y se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el periodo de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio, de conformidad con el artículo 69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.*

H SOL·LICITUD / SOLICITUD

Sol·licite que el centre que represente siga acreditat/renovat per a impartir el programa bàsic de formació inicial i continuada, d'acord amb el que determina el Decret 159/2017, de 6 d'octubre, del Consell, pel qual es regula la instal·lació i ús de desfibril·ladors automàtics i semiautomàtics externs fora de l'àmbit sanitari.  
*Solicito que el centro que represento sea acreditado/renovado para impartir el programa básico de formación inicial y continuada, de acuerdo con lo que determina el Decreto 159/2017, de 6 de octubre, del Consell, por el cual se regula la instalación y uso de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario.*

Abans de signar la comunicació, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següent, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.  
*Antes de firmar la comunicación, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA ELECTRÒNICA/FIRMA ELECTRÓNICA

**(SIGNAR A MÀ NOMÉS EN CAS DE REGISTRE PRESENCIAL  
FIRMAR A MANO SÓLO EN CASO DE REGISTRO PRESENCIAL)**

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_  
El sol·licitant / El solicitante

I INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**Nom de l'activitat de tractament:** Sol·licitud d'acreditació/renovació de centre per a impartir el programa de formació de personal no sanitari per a la utilització de desfibril·ladors semiautomàtics externs.

**Nombre de la activitat de tractament:** *Solicitud de acreditación/renovación de centro para impartir el programa de formación de personal no sanitario para la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos.*

**Finalitat del tractament:** Acreditació/renovació de centre per a impartir el programa de formació de personal no sanitari per a la utilització de desfibril·ladors semiautomàtics externs.

**Finalidad del tratamiento:** *Acreditación/renovación de centro para impartir el programa de formación de personal no sanitario para la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos.*

**Identitat del responsable del tractament:** Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**Identidad del responsable del tratamiento:** *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.*

**Legitimació:** RPDG 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. Llei 14/1986, General de Sanitat i Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de salut de la Comunitat Valenciana.

**Legitimación:** *RPDG 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 14/1986, General de Sanidad y Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de salud de la Comunidad Valenciana.*

**Drets de les persones interessades:** Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: [http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id\\_proc=19970](http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970)

**Derechos de las personas interesadas:** *Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: [http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id\\_proc=19970](http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970)*

**Més informació:** Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica [dpd@gva.es](mailto:dpd@gva.es).

**Más información:** *Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd@gva.es](mailto:dpd@gva.es).*