|  |  |
| --- | --- |
|  Consejería de Salud Dirección General de Salud Pública y Adicciones**Teléfonos de Información:****012 desde la Región de Murcia****968 362 000** | **Procedimiento 1122****Comunicación de nueva edición del curso por entidad previamente autorizada:****Cuidador de piscinas de uso público**  Obtención de carné Renovación de Carné  Edición nº /201\_ Fecha de inicio del curso: |
| **1** | **DATOS DE LA ENTIDAD FORMADORA AUTORIZADA** |
| RAZÓN SOCIAL | NIF/NIE/CIF |
| DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO, PISO Y PUERTA) | C. POSTAL | LOCALIDAD  | PROVINCIA |
| TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL  | CORREO ELECTRÓNICO |  |
| **2** |  | **DATOS DIRECTOR/A DEL CURSO** |  |
|  | NOMBRE  | APELLIDOS  | NIF |
|  | TELÉFONO  | CORREO ELECTRÓNICO |  |
| **3** | **EXPOSICIÓN** |
| En cumplimiento del artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común y de la normativa que regula este curso:1. NOTIFICO la realización de una edición del curso, que se va a desarrollar del…………..al ……………… de 201..
2. DECLARA: Que en la organización del mencionado curso se estará en lo dispuesto en la normativa vigente, se seguirán las Normas de Calidad establecidas por la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, y se va a impartir sin ninguna modificación con respecto a la autorización inicial de entidad formadora.
 |
| **4.-**  | **INFORMACIÓN LEGAL**  |
|  1.- La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a esta Declaración o la no presentación de la misma ante la Administración competente determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre..2.-Cualquier modificación que se produzca respecto de la situación anterior, deberá comunicarse a esta Dirección General, sin perjuicio de las facultades de comprobación, control e inspección que tiene atribuida la Administración Pública.3.-Los datos de carácter personal de esta Declaración serán incluidos en un fichero titularidad del Director General de Salud Pública responsable del Fichero, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el declarante mediante escrito dirigido al citado responsable del fichero, a la dirección postal C/Ronda de Levante, 11, 30008 Murcia, de acuerdo con el Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. |

Documentos que se adjuntan:

 Programación del curso

 Otros:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El Director/a

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_