|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Consejería de Salud  Dirección General de Salud Pública y Adicciones  **Teléfonos de Información:**  **012 desde la Región de Murcia**  **968 362 000** | | | **Procedimiento 1122**  **Memoria del Curso con Código-Tarea nº:………**  **Cuidador de piscinas de uso público**    Obtención de carné Renovación de Carné  Edición nº Fecha de inicio……… | |
| **1** | | **DATOS DE LA ENTIDAD AUTORIZADA** | | |
| RAZÓN SOCIAL | | | | NIF/NIE/CIF |
| APELLIDOS Y NOMBRE DIRECTOR/A DEL CURSO | | | | NIF/NIE/CIF |
| **2** | | **DATOS DE ALUMNOS** | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nº TOTAL ALUMNOS** | **APROBADOS** | **SUSPENSOS** | **NO PRESENTADOS** | |  |  |  |  | | | | | |
| **3.-** | **ALUMNOS DE OTRAS EDICIONES QUE SE HAN PRESENTADO A EXAMEN**     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **EDICIÓN** | **TOTAL PRESENTADOS** | **APROBADOS** | **SUSPENDOS** | |  |  |  |  | | | | |
| |  | | --- | | **DECLARA:**  Que en la organización del mencionado curso se ha estado en lo dispuesto en la normativa vigente, se han seguido las Normas de Calidad establecidas por la Dirección General de Salud Pública y Adicciones para este tipo de cursos, y se ha desarrollado sin ninguna modificación con respecto a la autorización inicial de entidad colaboradora.  Así mismo declara que…(Número alumnos)…alumnos, han asistido al 100% de las horas lectivas o han justificado su inasistencia de menos del 10% de las horas lectivas, y han superado la prueba de aprovechamiento realizada al efecto, por lo que **SOLICITA:**  Se les asigne los números de carné para la elaboración de los correspondientes carnés. |   **Incidencias:**  **Documentos que se adjuntan:**  Encuestas de satisfacción de los alumnos  Hojas de firmas de todas la sesiones lectivas  Justificantes de retraso o insistencia de alumnos  Fotocopias carnés caducados, en caso del curso de renovación de carné.  Otros. | | | | |

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

El Director/a del curso

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