|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RegionMurciaColor  Consejería de Salud  Dirección General de Salud Pública y Adicciones  **Teléfonos de Información:**  **012 desde la Región de Murcia**  **968 362 000** | | | | **PROCEDIMIENTO Nº 1122**  **Solicitud de expedición de carnés de Cuidador de piscinas de uso público a los alumnos del curso:**  **Cuidador de piscinas de uso público**  Obtención de carné Renovación de Carné  Código Tarea Curso: Fecha de inicio del curso: | | | | | | | | |
| **1** | | **DATOS DE LA ENTIDAD FORMADORA AUTORIZADA** | | | | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL/ DIRECTOR DEL CURSO | | | | | | | | | NIF/NIE/CIF | | | |
| DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO, PISO Y PUERTA) | | | | | | C. POSTAL | LOCALIDAD | | | | PROVINCIA | |
| TELÉFONO FIJO | | | TELÉFONO MÓVIL | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |  | | |
| **2** | | **EXPOSICIÓN** | | | | | | | | | | |
| En cumplimiento del Artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común y de la Orden de 27 de noviembre de 2002, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden de 16 de junio de 1997 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se establece los requisitos del carné de cuidador de piscinas de uso colectivo en la Región de Murcia,   1. DECLARA: Que en la organización del mencionado curso se ha estado en lo dispuesto en la normativa vigente y se han seguido las Normas de Calidad establecidas por la Dirección General de Salud Pública y Adicciones.   SOLICITO la expedición de carnés para los alumnos que han asistido y superado la prueba de aprovechamiento del curso impartido del……………. Al…………… de 201.. , en esta entidad y que a continuación se relacionan. | | | | | | | | | | | | |
| **3** | | | RELACCIÓN DE ALUMNOS | | | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | | | NIF/NIE | | | |  |
| **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 y Adicciones 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:

 Resguardo del pago de las tasas correspondientes.

 Otros:

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

Director del curso

Sello y Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_