Por la presente se solicita la certificación de la siguiente acción formativa a la Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias

NOMBRE DE LA ACCIÓN FORMATIVA:

|  |
| --- |
|  |

AYUNTAMIENTO SOLICITANTE:

|  |
| --- |
|  |

FIRMANTE DE LA SOLICITUD

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo: |  |
| Nombre: |  |
| Apellidos: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

*El firmante de la solicitud ha de ser el alcalde o concejal competente en Protección Civil*

PERSONA QUE GESTIONARÁ EL CURSO (COORDINADOR)

|  |  |
| --- | --- |
| Puesto: |  |
| Nombre: |  |
| Apellidos: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

(EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR ELECTRONICAMENTE)

Fdo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_