|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Consejería de Salud  Dirección General de Salud Pública y Adicciones  **Teléfonos de Información:**  **012 desde la Región de Murcia**  **968 362 000** | | | | **Procedimiento 383**  **Comunicación de nuevos profesores para el curso:**  **Aplicador de biocidas tipo 8, tratamiento de maderas.**  Aplicador Responsable  **Biocidas para tratamientos con productos tóxicos, carcinógenos, mutágenos, y tóxicos para la reproducción**  **Nivel especial, para aplicar productos que sean o generen gases.** | | | | | | |
| **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 de las Administraciones Públicas y de la normativa que regula estos cursos ,DECLARO:  Que se cumplen los requisitos establecidos en la normativa vigente, y que dispongo de los documentos que así lo acreditan. | | | | | | | | | | |
| **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:**

1.- Currículo

2.- Titulaciones académicas o Autorizaciones de los profesores propuestos, al Órgano administrativo competente a obtener/ceder, de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, de acuerdo con el artículo 6 b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, en concreto los datos personales relacionados con la Titulación académica del profesorado

3.- Documentos acreditativos de experiencia profesional o docente

4.- Propuesta de profesorado.

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

El Director/a

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

**DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PROFESORES PROPUESTOS AL ORGANO ADMINISTRATIVO COMPETENTE**

**(Cada profesor debe cumplimentar y firmar un documento de autorización)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **DATOS DEL PROFESOR** | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE | | | | | | NIF/NIE/CIF | | |
| DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO, PISO Y PUERTA) | | | | C. POSTAL | LOCALIDAD | | | PROVINCIA |
| TELÉFONO FIJO | | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO | | | | FAX | |

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento: títulos universitarios, títulos no universitarios.

**En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque las siguientes casillas:**

□ No Autorizo al órgano administrativo para que se consulten de los datos de títulos universitarios

□ No Autorizo al órgano administrativo para que se consulten de los datos de títulos no universitarios

EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR PERSONALMENTE LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.

Firma del profesor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_