**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA RENOVACIÓN DE ACREDITACIÓN COMO CENTRO DE FORMACIÓN EN RCP Y DESA PARA PERSONAL NO MÉDICO**

**D/Dª**…………………………………………………………………………………

**Responsable del centro**…………………………………………………………

**Dirección del centro** ……………………………………………………………

DECLARA:

Que nuestro centro cumple los requisitos marcados por el Decreto 349/2007, de 9 de noviembre, por el que se regula el uso de Desfibriladores Semiautomáticos Externos por personal no médico en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Asimismo, mantiene el equipo docente, el Programa y Sistema de evaluación y la dotación de material pedagógico comunicados en la acreditación inicial.

Y, para que así conste a los efectos que proceda, el declarante expide la presente declaración responsable.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Firma del declarante