|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Consejería de Salud  Dirección General de Salud Pública y Adicciones  **Teléfonos de Información:**  **012 desde la Región de Murcia**  **968 362 000** | | | | **Procedimiento: 6304**  **Solicitud de: Autorización de entidad para impartir cursos:**  Cuidador de piscinas de uso público (Obtención de carné)  Cuidador de piscinas de uso público (Renovación de carné)  **Renovación de autorización de entidad para impartir cursos:**  Cuidador de piscinas de uso público (Obtención de carné)  Cuidador de piscinas de uso público (Renovación de carné) | | | | | | |
| **1** | | **DATOS DE LA ENTIDAD FORMADORA** | | | | | | | | |
| 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 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,  SOLICITO autorización para impartir los mencionados cursos.  DECLARA:  Que en la organización de los mismos se estará en lo dispuesto en la normativa vigente y se seguirán las Normas de Calidad establecidas por la Dirección General de Salud Pública y Adicciones para cursos en materia de sanidad ambiental.  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 posterior a esta notificación, 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 deben de adjuntar para autorización:**

1.- Programación del curso

2.- Manual del alumno

2.- Guía didáctica de cada tema

3.- Currículo profesores

4.-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

5.- Certificación de experiencia docente o profesional

6.- Datos de la instalación en donde se va a impartir

7.- Datos de la instalación que se va a visitar

8.- Resguardo del pago de la Tasa por Emisión de Informe Sanitario

9.- Batería de preguntas tipo test con 4 posibles respuestas con al menos 10 preguntas y dos supuestos prácticos, de cada tema del curso con sus correspondientes respuestas y soluciones.

10.- Al menos diez modelos de examen con 25 preguntas tipo test con las respuestas correctas marcadas, y diez supuestos prácticos con sus respectivas respuestas.

11.- Normas de la convocatoria de examen.

**Documentos que se deben de adjuntar para la renovación de autorización:**

1.- Resguardo del pago de la Tasa por Emisión de Informe Sanitario

2.- Declaración responsable de que no se han modificado las condiciones respecto a la autorización inicial de entidad formadora.

3.- Modificaciones propuestas, en caso de que se propongan.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_