**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL CURSO DE SVB Y USO DEL DESA**

**CAPACITACION DE LA CONSERJERIA DE SALUD A PROFESIONALES**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TLF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Situación laboral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tiene formación en 1º auxilios o cursos relacionados de carácter sanitario, NO\_\_\_\_\_ SI\_\_\_\_\_**

**Horario: Se hará en el horario establecido de 12 a 14 horas de duración.**

**Documentación: aportara una fotocopia del DNI**

**Si se encontrara con fiebre, escalofríos, dolor de cabeza o malestar general, no acuda al evento**

**En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.**

**FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**El interesado admitido será notificado del horario y día del curso, por email o vía telefónica.**

**Información e inscripciones: edificio CIMA, calle David Templado 54. Telf.: 968774582**