



Impreso de comunicación de incidencias

Titular:

Nombre de establecimiento:

Marca de DESA: Modelo: Núm. serie:

Día y hora del suceso: Número de descargas:

Lugar de utilización del DESA:

Identificación de la persona atendida:

Hora de la llegada del soporte vital avanzado:

Identificación y firma de la persona que ha utilizado el DESA:

Sus datos se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal. Los derechos de acceso, modificación o cancelación de sus datos de carácter personal recogidos en la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, podrán ser ejercidos ante la Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Fecha:

Firma:

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO.