G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA

SOLICITUD PARA LA CONVALIDACIÓN DEL TÍTULO DE SOCORRISTA Y DE MANTENIMIENTO DE PISCINAS

Código DIR3: A04026921 Código SIA: 208082

Nombre y apellidos:		
DNI:		
Domicilio:		
Localidad:	Municipio:	CP:
Teléfono:	Dirección electrónica:	

EXPONGO:

Que, he superado las pruebas para la obtención del título de
Expedido por el año

SOLICITO:

La homologación de la formación que poseo para ejercer como socorrista de piscinas, según la Orden del Consejero de Salud y Consumo, de 5 de marzo de 1996, por la cual se regulan los conocimientos a acreditar por el persona a cargo de las instalaciones de piscinas y alojamientos turísticos y los de uso colectivo.

Información sobre protección de datos personales

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este formulario.

Finalidad del tratamiento y base jurídica: tramitación del procedimiento administrativo: *Piscinas: Homologación de la formación del personal socorrista y de mantenimiento de piscinas de los establecimientos de alojamientos turísticos y las de uso colectivo en general*, de acuerdo con el que prevé el Decreto 53/1995, de 18 de mayo, por el cual se aprueban las condiciones higiénicas y sanitarias de las piscinas de los establecimientos de alojamientos turísticos y las de uso colectivo en general y la Orden de 5 de marzo de 1996, por la cual se regulan los conocimientos que tiene que acreditar el personal encargado de las piscinas en establecimientos turísticos y en las de uso colectivo.

Responsable del tratamiento: Dirección General de Salud Pública.

Destinatarios de les datos personales: no se cederán los datos personales a terceros, salvo que haya obligación legal o interés legítimo de acuerdo con el RGPD.

Plazo de conservación de los datos personales: será de aplicación lo previsto en la normativa de archivos y documentación.

Existencia de decisiones automatizadas: no hay.

Transferencias de datos a terceros países: los datos no se transferirán a terceros países.

Ejercicio de derechos y reclamaciones: la persona afectada por el tratamiento de datos personales puede ejercer sus derechos de información, de acceso, de rectificación, de supresión, de limitación, de portabilidad, de oposición, de oposición y de no inclusión en tratamientos automatizados, (y, hasta incluso, de retirar el consentimiento, si es el caso,

Calle de Jesús, 38
A 07010 Palma
Tel. 971 17 73 83
salutambiental.caib.es

en los términos que establece el RGPD) delante de el responsable del tratamiento antes nombrado, mediante procedimiento «Solicitud de ejercicios de derechos en materia de protección de datos personales», previsto en la sede electrónica de la CAIB (sede electrónica).

Con posterioridad a la respuesta del responsable o al hecho de que no haya respuesta en el plazo de un mes, puede presentar la «Reclamación de tutela de derechos» delante la Agencia Española de protección de datos (AEPD).

Delegación de Protección de Datos: la Delegación de Protección de Datos de la Administración de la CAIB tiene su sede en la Consejería de Presidencia, Cultura e Igualdad (paseo de Sagrera, 2, 07012 Palma).

Dirección electrónica de contacto: protecciodades@dpd.caib.es.

DOCUMENTACIÓN

Documentación que se puede obtener pormedios telemáticos

Autorizo la obtención de los documentos o datos necesarios para la tramitación de este procedimiento que puedan ser consultados a través de redes corporativas o sistemas electrónicos habilitados al efecto (art. 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas).

☐ No lo autorizo (*En este caso, tiene que aportar la documentación que se requiere en el procedimiento que corresponda)*

- *Datos de identidad (DNI)*

Documentación que se adjunta

☐ *Título a convalidar o certificado de haber superado el curso y las materias a convalidar*

☐ *Certificado de las materias impartidas en el curso, que da derecho a la obtención del título, número de horas y fecha de obtención.*

☐ *Justificante del abono de la tasa correspondiente*

Representante *(en su caso)*

Autorito a , con CIF/NIF
a presentar en mi nombre esta solicitud.

Declaración responsable

Declaro que dispongo de los originales de toda la documentación aportada, y que esta es auténtica.

Palma, de de 20

Firma