



SOLICITUD

CÓDIGO SIA

2	0	8	0	8	2
---	---	---	---	---	---

DESTINO	SOLICITUD PARA LA CONVALIDACIÓN DEL TÍTULO DE SOCORRISTA Y DE MANTENIMIENTO DE PISCINAS
CÓDIGO DIR3	A04026921 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

SOLICITANTE

Persona física					
DNI/NIE			Nombre		
Apellido 1			Apellido 2		
Dirección electrónica					
Dirección postal					
Código postal		Localidad		Municipio	
Provincia			País		
Teléfono			Fax		

Declaro ser mayor de 18 años

Representante					
DNI/NIE			Nombre		
Apellido 1			Apellido 2		
NIF			Denominación social		
Dirección electrónica					
Dirección postal					
Código postal		Localidad		Municipio	
Provincia			País		
Teléfono			Fax		

Medio de acreditación de la representación REA Registro electrónico apoderamientos Autorización personalizada (debe adjuntarse):

CANAL PREFERENTE DE NOTIFICACIÓN

Notificación a:	<input type="checkbox"/> Persona solicitante	<input type="checkbox"/> Persona o entidad representante
<input type="radio"/> Notificación electrónica	<p>Obligatoria para los sujetos obligados a relacionarse electrónicamente con las administraciones públicas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14.2 y 3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas; y opcional para las personas físicas.</p> <p>Se requiere certificado electrónico o Cl@ve para acceder a la Carpeta Ciudadana y efectuar la recepción electrónica de la notificación.</p> <p>Los avisos de la puesta a disposición de la notificación en la Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del GOIB se enviarán:</p> <p><input type="radio"/> A la dirección electrónica de la persona interesada <input type="radio"/> A la dirección electrónica del representante</p> <p><input type="radio"/> Dirección electrónica diferente indicada a continuación:</p>	
<input type="radio"/> Notificación por correo postal (seleccione una):	<p><input type="radio"/> A la dirección de la persona interesada <input type="radio"/> A la dirección del representante <input type="radio"/> Dirección diferente indicada a continuación</p>	
Dirección postal		
Código postal	Localidad	Municipio
Provincia	País	

**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.

Documentación que se puede obtener por medios telemáticos. Se informa que se consultarán los documentos o datos necesarios para la tramitación de este procedimiento a través de redes corporativas o sistemas electrónicos habilitados al efecto (artículo 9.1, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas).

- DNI /NIE

Documentación que se adjunta

Título a convalidar o certificado de haber superado el curso con las materias a convalidar

Certificado de las materias impartidas en el curso, número de horas i fecha de la obtención

Justificante de pago de la taxa correspondiente

Certificado médico

Foto mida carnet, en color de 26 x 32 mm (amb les mateixes característiques que la del DNI/NIF), en paper fotogràfic

Acreditación representación: autorización para realizar el trámite, el representante legal del solicitante

Declaración de responsable

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

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: tramitación de las peticiones de homologación de la formación del personal socorrista y mantenedor de piscinas.

Base jurídica: artículo 6.1 c) del RGPD. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

Responsable del tratamiento: la directora o el director general de Salud Pública.

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

Plazo de conservación de los datos personales: se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

Existencia de decisiones automatizadas: no hay.

Transferencias de datos a terceros países: no están previstas transferencias internacionales de datos.

Ejercicio de derechos y reclamaciones: la persona afectada por el tratamiento de datos personales puede ejercer sus derechos de información, acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición y no inclusión en tratamientos automatizados, (e incluso retirar el consentimiento, si es el caso, en los términos que establece el RGPD) ante el responsable del tratamiento antes nombrado, a través del procedimiento denominado «Solicitud de ejercicios de derechos en materia de protección de datos personales», previsto en la Sede Electrónica de la CAIB. Con posterioridad a la respuesta del responsable o al hecho de que no haya respuesta en el plazo de un mes, puede presentar una «Reclamación de tutela de derechos» ante 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 plaza de la Drassana, 4, 07012 Palma. Dirección electrónica de contacto: protecciodades@dpd.caib.es

, de

de 20

(Localidad, fecha y firma)

[rúbrica]