

**DECLARACIÓN DE INSTALACIÓN
DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO O SEMIAUTOMÁTICO (DEA).**

Don/Doña ,
 DNI en representación de la entidad
 con domicilio en la localidad de calle
número código postal teléfono correo electrónico

Declara que ha instalado un DEA que cumple los requisitos establecidos en el artículo 2 del Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad y la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario en el siguiente lugar:

(Describir literalmente el lugar de instalación. Ejemplo: En la primera planta del polideportivo, al fondo del pasillo junto a la ventana).

El DEA está accesible en el edificio donde está instalado en el horario siguiente:

(Enumerar la totalidad de horarios en que el acceso al DEA es totalmente operativo)

Personas de contacto, una o varias, que pueden utilizar el DEA si se precisa (datos para el 112):

1ª Nombre y apellidos

Días de la semana que está disponible

Horario

Teléfono

2ª Nombre y apellidos

Días de la semana que está disponible

Horario

Teléfono

Cuando sea necesario, CÓDIGO que permita la extracción del desfibrilador.

Fecha y firma: