

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE REALIZACIÓN
DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN INICIAL Y CONTINUADA
EN RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN DEL DEA**

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

Declara bajo su responsabilidad que va a impartir cursos iniciales / sesiones de formación continuada sobre el uso de desfibriladores automáticos y semiautomáticos (DEA), de acuerdo a los contenidos y metodología establecidos en el Decreto Foral / por el que se regula la instalación de desfibriladores externos automáticos y semiautomáticos y la formación para su uso.

Fecha y firma:

Documentación aportada:

- a) Documentación identificativa de la persona declarante y, en su caso, de la representación que ostenta.
- b) Si se trata de una persona jurídica, estatutos de la entidad.
- c) Material docente disponible (maniqués, desfibriladores, otro material sanitario).
- d) Relación de personal docente y documentación acreditativa de las titulaciones y certificados exigidos.