



Nº DE REGISTRO: _____ / ____

ANEXO I

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE EXPERTO EN EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

| | | |
|---------------------|------------|----------------|
| NOMBRE: | APELLIDOS: | |
| EDAD: | GÉNERO: | DNI: |
| DOMICILIO: | CIUDAD: | |
| PROVINCIA: | PAÍS: | CÓDIGO POSTAL: |
| TELÉFONO: | FAX: | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | |

| |
|--------------------|
| TITULACIÓN: |
| CENTRO DE TRABAJO: |

MODALIDAD SOLICITADA:

- Primera certificación
- Mejora de nivel
- Renovación

El abajo firmante DECLARA que son ciertos los datos que aporta en la documentación, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse.

En _____ a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

Los datos de carácter personal serán incluidos en una base de datos automatizada en la forma y con los límites previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el R.D. 994/1999 de 11 de Junio. Asimismo le informamos que dicha Ley reconoce el derecho a acceder, a rectificar y a cancelar dichos datos.

SR. DIRECTOR DEL GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS