

## 1. Disposiciones generales

### CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

*DECRETO 35/2014, de 11 de febrero, por el que se regula el procedimiento para la concesión del certificado de habilitación previsto en el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo.*

El Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos, al regular la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, establece la exigencia de determinadas cualificaciones profesionales, tanto para conductores como para ayudantes, en función del tipo de ambulancias en las que se realice el transporte sanitario.

Según el citado Real Decreto, las ambulancias no asistenciales, deben contar, al menos, con una persona conductora que posea, como mínimo, el certificado de profesionalidad de transporte sanitario previsto en el Real Decreto 710/2011, de 20 de mayo, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Sanidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad y, cuando el tipo de servicio lo requiera, otra en funciones de ayudante con la misma cualificación. Las ambulancias asistenciales deben contar, al menos, con una persona conductora que esté en posesión del título de formación profesional de Técnico en Emergencias Sanitarias, previsto en el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido por el órgano de la Administración competente para ello. Por último, el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, exige a las ambulancias de clase B otra persona en funciones de ayudante que posea, como mínimo, la misma titulación.

La disposición transitoria segunda del Real Decreto 836/2012 de 20 de mayo, prevé la habilitación de trabajadores experimentados que no ostenten la formación requerida, mediante la acreditación fehaciente de una experiencia laboral adquirida antes de su entrada en vigor, estableciendo, asimismo, que los certificados individuales que acrediten los supuestos de habilitación, previstos en este apartado, se expedirán por las Comunidades Autónomas y serán válidos en todo el territorio nacional. Por último, dispone que corresponde a las Comunidades Autónomas, respecto a las empresas de transporte sanitario autorizadas en sus respectivos ámbitos territoriales, adoptar las medidas necesarias para la aplicación, control y desarrollo de lo previsto respecto a dicha habilitación, lo cual constituye el objeto de esta norma.

De igual modo, se conforma un registro de personas conductoras habilitadas para vehículos de transporte sanitario por carretera de Andalucía dependiente del centro directivo competente en materia de habilitación para el ejercicio profesional, en el que se inscribirán las habilitaciones acordadas, con el fin de unificar la información de todas las resoluciones de la Comunidad Autónoma, así como facilitar y controlar la emisión tanto de las certificaciones como de la información que pueda resultar necesario suministrar a otras Administraciones.

El presente Decreto se fundamenta en la habilitación contenida en el Real Decreto 836/2012, de 20 de mayo, y en el artículo 55.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía que atribuye a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y en el 55.2 que atribuye competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, sobre la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos sus ámbitos. Asimismo, cabe destacar que el presente Decreto tiene en cuenta el principio de transversalidad en la igualdad de género, conforme al artículo 5 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, según el cual lo poderes públicos integrarán la perspectiva de género en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, con el objeto de eliminar los efectos discriminatorios que pudieran causar y fomentar la igualdad entre mujeres y hombres.

Por todo lo expuesto, oídas las organizaciones y entidades afectadas, a propuesta de la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de acuerdo a lo establecido en los artículos 21.3 y 27.9 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 11 de febrero de 2014,

#### D I S P O N G O

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

1. Constituye el objeto del presente Decreto regular el procedimiento para la obtención del certificado de habilitación de trabajadoras y trabajadores experimentados para la conducción de ambulancias que no ostenten la formación requerida por el artículo 4 del Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen

las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, así como la creación del Registro de conductores habilitados.

2. El Decreto será de aplicación a la habilitación de quienes hayan prestado servicios en empresas u organizaciones, públicas o privadas, titulares de centros de transporte sanitario autorizados en la Comunidad Autónoma de Andalucía que cumplan los requisitos establecidos en el presente Decreto y en el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo.

#### Artículo 2. Órganos competentes.

Serán competentes para la instrucción y resolución del procedimiento administrativo de obtención del certificado de habilitación previsto en el artículo anterior, los siguientes órganos:

a) Las Delegaciones Territoriales de la Consejería competente en materia de salud, para las ambulancias no asistenciales de clase A1 y A2.

b) El centro directivo competente en materia de habilitación para el ejercicio profesional, para las ambulancias asistenciales de clase B y C

#### Artículo 3. Solicitud y documentación.

1. La solicitud se presentará en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, según modelo que figura en el Anexo, en los lugares previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común o en el Registro Telemático de la Junta de Andalucía según lo dispuesto en el artículo 16 del Decreto 183/2003, de 24 de junio, por el que se regula la información y atención al ciudadano y la tramitación de procedimientos administrativos por medios electrónicos (Internet).

2. La solicitud se acompañará de la siguiente documentación:

a) Copia auténtica o autenticada del NIF, del NIE o del certificado de registro de ciudadanía comunitaria de la persona solicitante. Esta documentación podrá no aportarse siempre que la persona solicitante autorice, cumplimentando el apartado correspondiente de la solicitud, al órgano instructor del procedimiento para comprobar sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad, o la solicitud se haya presentado por vía telemática y utilizando para ello un certificado electrónico, conforme a lo regulado en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

b) Copia auténtica o autenticada del permiso de conducción clase BTP vigente en la fecha de presentación de la solicitud.

c) Para acreditar la experiencia laboral se debe aportar original o copia auténtica o autenticada de la siguiente documentación acreditativa de haber prestado servicio en puestos de trabajo en alguna empresa u organización de transporte sanitario autorizada en el ámbito territorial de Andalucía y reunir los requisitos previstos en el apartado 2 de la disposición transitoria segunda del Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo:

1.º En el caso de trabajadoras o trabajadores asalariados y socios cooperativistas de Sociedades Cooperativas Andaluzas de Trabajo Asociado:

- Certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social donde conste la empresa, la categoría profesional (grupo de cotización) y el período de contratación.

- Certificados de empresa de transporte sanitario justificativo de la experiencia laboral adquirida, en los que conste específicamente los intervalos de tiempo de prestación de los contratos con indicación expresa de las funciones realizadas especificando, si se llevaron a cabo en ambulancia de clase A, B o C. En caso de imposibilidad acreditada de aportar el certificado de empresa referido, se podrá presentar cualquier medio de prueba admisible en derecho apto para acreditar la experiencia laboral en términos análogos a la certificación.

2.º En el caso de trabajadoras y trabajadores autónomos:

Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social de los períodos de alta en la Seguridad social en el régimen especial correspondiente, descripción de la actividad desarrollada, Número de identificación de Centro Autorizado (NICA) de los centros móviles de asistencia sanitaria en los que se ha adquirido la experiencia y, en su caso, documentación referida a los conciertos que, eventualmente, haya podido suscribir.

3.º En el caso de trabajadoras o trabajadores voluntarios:

Certificación de la organización donde se haya prestado la actividad con indicación expresa de las funciones realizadas, especificando si se llevaron a cabo en ambulancia de clase A, B o C y los intervalos temporales, expresados en días y meses, en los que se han llevado a cabo las mismas. Además deberán acreditar Número de Identificación de Centro Autorizado (NICA) de los centros móviles de asistencia sanitaria en los que se ha adquirido la experiencia y, en su caso, documentación referida a los conciertos que, eventualmente, haya podido suscribir la organización.

4.º En el caso de personal del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

Certificación de reconocimiento de servicios prestados del Servicio Andaluz de Salud o de las agencias públicas empresariales sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía y certificado de la Dirección Gerencia

del centro o centros donde se haya prestado actividad con indicación expresa de los centros asistenciales y las funciones realizadas especificando, si se llevaron a cabo en ambulancias de clase A, B o C y los intervalos temporales, en los que se han llevado a cabo las mismas.

#### Artículo 4. Instrucción del procedimiento y resolución.

1. Recibidas las solicitudes, si no reúnen los requisitos establecidos en el presente Decreto, el órgano competente requerirá a la persona interesada, para que la subsane en un plazo máximo de 10 días, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

2. Los órganos administrativos previstos en el artículo 2, dictarán y notificarán la resolución por la que se certifica la habilitación de las personas interesadas para la conducción de las ambulancias, en el plazo de tres meses desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación, de conformidad con el artículo 42.3.b) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

3. Transcurrido el plazo previsto en el apartado anterior sin haberse notificado resolución expresa, la persona interesada podrá entender desestimada su solicitud, de conformidad con lo establecido en el artículo 43.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en relación con la disposición adicional vigésimo novena de la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 107 y 114 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, la resolución de habilitación dictada por la Dirección General competente en materia de habilitación para el ejercicio profesional, podrá ser recurrida en alzada ante la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, y las adoptadas por las Delegaciones Territoriales de la Consejería competente en materia de salud ante la referida Dirección General.

5. En todo lo no regulado en este Decreto, el procedimiento se regirá por lo establecido por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

#### Artículo 5. Registro de conductoras y conductores habilitados para vehículos de transporte sanitario por carretera.

Las habilitaciones acordadas se inscribirán en un registro de conductoras y conductores habilitados para vehículos de transporte sanitario por carretera de Andalucía, que dependerá del centro directivo competente en materia de habilitación para el ejercicio profesional.

El Registro se estructura en las dos secciones siguientes:

- a) Sección I. Personas conductoras habilitadas para ambulancias no asistenciales.
- b) Sección II. Personas conductoras habilitadas para ambulancias asistenciales.

#### Disposición adicional única. Permanencia en el puesto de trabajo.

A los efectos de control de lo dispuesto en el número 3 de la disposición transitoria segunda del Real Decreto 836/2012, las empresas y organizaciones con centros de transporte sanitario autorizados en Andalucía deberán presentar en el centro directivo competente en materia de habilitación para el ejercicio profesional de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, en el plazo de un mes desde la entrada en vigor de este decreto, a través de una declaración responsable, los siguientes listados referidos a las personas que, prestando servicios en las mismas, no reúnen los requisitos de formación ni de experiencia profesional:

a) Listado de conductores y ayudantes que a 9 de junio de 2012 estaban prestando servicio en ambulancia no asistencial o de traslado, ambulancia todoterreno o ambulancia colectiva, y permanecen en sus puestos de trabajo.

b) Listado de conductores que a 9 de junio de 2012 estaban prestando servicio en ambulancia asistencial de soporte vital básico o ambulancia asistencial de soporte vital avanzado o UVI-móvil y permanecen en sus puestos de trabajo.

#### Disposición final. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 11 de febrero de 2014

SUSANA DÍAZ PACHECO  
Presidenta de la Junta de Andalucía

MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ RUBIO  
Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

**SOLICITUD ASISTENCIALES**

**HABILITACIÓN COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIAS ASISTENCIALES**

|   |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
|---|--|------|-------------------|---------------------|-------------------|--------|--|--------------|------------|---------|
| <b>1</b>  | <b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>         |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| <b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>  |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| PRIMER APELLIDO:  |  |      | SEGUNDO APELLIDO: |                     | NOMBRE:           |        | SEXO:<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | DNI/NIE/NIF: |            |         |
| DOMICILIO DE LA PERSONA   |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| TIPO VÍA:   | NOMBRE VÍA:  |      |                   |                     | KM. VÍA:          | LETRA: | NÚMERO:  | ESCALERA:    | PISO:      | PUERTA: |
| LOCALIDAD:  |  |      |                   | PROVINCIA:          |                   |        | PAIS:  |              | C. POSTAL: |         |
| TELÉFONO:   |  | FAX: |                   | CORREO ELECTRÓNICO: |                   |        |  |              |            |         |
| <b>DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>  |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| PRIMER APELLIDO:  |  |      | SEGUNDO APELLIDO: |                     | NOMBRE:           |        | DNI/NIE/NIF:   |              |            |         |
| MOTIVO DE LA PRESENTACIÓN:  |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| DOMICILIO DE LA PERSONA REPRESENTANTE:  |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| TIPO VÍA:   | NOMBRE VÍA:  |      |                   |                     | KM. VÍA:          | LETRA: | NÚMERO:  | ESCALERA:    | PISO:      | PUERTA: |
| LOCALIDAD:  |  |      |                   | PROVINCIA:          |                   |        | PAIS:  |              | C. POSTAL: |         |
| TELÉFONO:   |  | FAX: |                   | CORREO ELECTRÓNICO: |                   |        |  |              |            |         |
| <b>2</b>  | <b>DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD</b> (Marque con una X la casilla correcta) |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| <input type="checkbox"/> HABILITACIÓN CONDUCCIÓN AMBULANCIAS ASISTENCIALES B<br><input type="checkbox"/> HABILITACIÓN CONDUCCIÓN AMBULANCIAS ASISTENCIALES C  |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| <b>3</b>  | <b>CONSENTIMIENTOS EXPRESOS</b>  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE DE LA PERSONA SOLICITANTE<br><input type="checkbox"/> Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.<br><input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTO</b> y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.<br>CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE DE LA PERSONA REPRESENTANTE (Cumplimentar sólo en caso de que la solicitud sea firmada por una persona representante)<br><input type="checkbox"/> Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.<br><input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTO</b> y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.  |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| <b>4</b>  | <b>AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS</b>                 |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.<br><input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.<br><input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> como medio de notificación preferente la notificación electrónica y <b>NO</b> dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que <b>AUTORIZO</b> a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.<br>Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.<br>Apellidos y nombre: ..... DNI: .....<br>Correo electrónico: ..... N° móvil: ..... |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| <b>5</b>  | <b>DOCUMENTOS A APORTAR</b>  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada si es papel).   |  |      |                   |                     |                   |        |  |              |            |         |
| Documento   |  |      |                   |                     | Breve descripción |        |  |              |            |         |
| 1.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 2.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 3.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 4.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 5.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 6.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 7.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |
| 8.  | .....  |      |                   |                     | .....             |        |  |              |            |         |



002145

00042541

|  |   |
|--|---|
| <b>6</b>   | <b>SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b> |
| <p><b>DECLARO</b>, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumplo los requisitos exigidos para acceder al procedimiento de acreditación/inscripción registral y apor to, junto con esta solicitud, la documentación acreditativa exigida en la normativa reguladora.</p> |   |
| <p><b>SOLICITO</b></p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>  |   |

|   |
|---|
| <p><b>ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN</b></p> <p><b>PROTECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio Andaluz de Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de las acreditaciones e inscripciones registrales objeto de la presente solicitud.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación a través del Registro General de la misma, sito en la avda. Hytasa, 14 - 41071 - Sevilla.</p> |
|---|

**JUNTA DE ANDALUCIA**

**CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES**

**SOLICITUD NO ASISTENCIALES**

**HABILITACIÓN COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES**

|  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
|--|-------------|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------|---------|---|------------|--------------|
| <b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| PRIMER APELLIDO:   |             |      | SEGUNDO APELLIDO: |                     |                   | NOMBRE: |         | SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |            | DNI/NIE/NIF: |
| DOMICILIO DE LA PERSONA  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| TIPO VÍA:  | NOMBRE VÍA: |      |                   |                     | KM. VÍA:          | LETRA:  | NUMERO: | ESCALERA:   | PISO:      | PUERTA:      |
| LOCALIDAD:   |             |      |                   | PROVINCIA:          |                   |         | PAÍS:   |   | C. POSTAL: |              |
| TELÉFONO:  |             | FAX: |                   | CORREO ELECTRÓNICO: |                   |         |         |   |            |              |
| <b>DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| PRIMER APELLIDO:   |             |      | SEGUNDO APELLIDO: |                     |                   | NOMBRE: |         | DNI/NIE/NIF:  |            |              |
| MOTIVO DE LA PRESENTACIÓN:   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| DOMICILIO DE LA PERSONA REPRESENTANTE:   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| TIPO VÍA:  | NOMBRE VÍA: |      |                   |                     | KM. VÍA:          | LETRA:  | NUMERO: | ESCALERA:   | PISO:      | PUERTA:      |
| LOCALIDAD:   |             |      |                   | PROVINCIA:          |                   |         | PAÍS:   |   | C. POSTAL: |              |
| TELÉFONO:  |             | FAX: |                   | CORREO ELECTRÓNICO: |                   |         |         |   |            |              |
| <b>2 DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD</b> (Marque con una X la casilla correcta)   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <input type="checkbox"/> HABILITACIÓN CONDUCCIÓN AMBULANCIAS NO ASISTENCIALES A1-A2  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <b>3 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS</b>  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE DE LA PERSONA SOLICITANTE   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <input type="checkbox"/> Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <input type="checkbox"/> <b>NO CONSENTIMIENTO</b> y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE DE LA PERSONA REPRESENTANTE (Cumplimentar sólo en caso de que la solicitud sea firmada por una persona representante)   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <input type="checkbox"/> Presto mi <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <input type="checkbox"/> <b>NO CONSENTIMIENTO</b> y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <b>4 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS</b>   |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <p>Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUTORIZO</b> como medio de notificación preferente la notificación electrónica y <b>NO</b> dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que <b>AUTORIZO</b> a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.</p> <p>Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p>Apellidos y nombre: ..... DNI: .....</p> <p>Correo electrónico: ..... N° móvil: .....</p> |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| <b>5 DOCUMENTOS A APORTAR</b>  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada si es papel).  |             |      |                   |                     |                   |         |         |   |            |              |
| Documento  |             |      |                   |                     | Breve descripción |         |         |   |            |              |
| 1.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 2.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 3.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 4.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 5.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 6.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 7.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |
| 8.   | .....       |      |                   |                     | .....             |         |         |   |            |              |



002146

00042541

(Página 2 de 2)

ANEXO

|   |   |
|---|---|
| <b>6</b>  | <b>SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b> |
| <p><b>DECLARO</b>, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumpló los requisitos exigidos para acceder al procedimiento de acreditación/inscripción registral y aporío, junto con esta solicitud, la documentación acreditativa exigida en la normativa reguladora.</p> <p><b>SOLICITO</b></p> <p>En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p>Fdo.: .....</p> |   |

**ILMA. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN .....**

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio Andaluz de Empleo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de las acreditaciones e inscripciones registrales objeto de la presente solicitud.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación a través del Registro General de la misma, sito en la avda. Hytasa, 14 - 41071 - Sevilla.