

## COMUNICACIÓN

**MODELO DE COMUNICACIÓN A LA AUTORIDAD SANITARIA DE INSTALACIÓN DE UN DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) PARA SU USO FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO (Código de procedimiento: 5550)**

NÚMERO DE REGISTRO DEA (A rellenar por la Administración): .....

<input type="checkbox"/> ALTA	NÚMERO DE REGISTRO DEA: .....
<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN	NÚMERO DE REGISTRO DEA: .....
<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> A) CIERRE DE INSTALACIÓN
<b>CAUSA DE LA BAJA</b>	<input type="checkbox"/> B) INSTALACIÓN VOLUNTARIA
	<input type="checkbox"/> C) OTROS: .....

Decreto 22/2012, de 14 de febrero (BOJA nº 46 de fecha 7 de marzo de 2012 y BOJA nº 68 de fecha 9 de abril de 2012)

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR/ENTIDAD COMUNICADORA Y REPRESENTANTE LEGAL							
APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL /DENOMINACIÓN:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
PROVINCIA:		MUNICIPIO:		ENTIDAD DE POBLACIÓN:		CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

2 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica: (Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1). Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones. Correo electrónico: ..... Nº teléfono móvil: .....							
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <a href="https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones">https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</a> .							

<b>3</b>	<b>DATOS DEL DESFIBRILADOR (DEA)</b>						
<b>TIPO DE DESFIBRILADOR (DEA)</b>							
<input type="checkbox"/> <b>DESFIBRILADOR PERMANENTE:</b>							
<b>TIPO DE INSTALACIÓN:</b>							
<input type="checkbox"/> a) Gran superficie minorista <input type="checkbox"/> b) Instalación de transporte <input type="checkbox"/> c) Instalación, centro o complejo deportivo <input type="checkbox"/> d) Establecimiento público <input type="checkbox"/> e) Instalaciones educativas <input type="checkbox"/> f) Empresas <input type="checkbox"/> g) Domicilio particular <input type="checkbox"/> h) Otros: .....							
<b>IDENTIFICACIÓN DEL LUGAR DE INSTALACIÓN:</b>							
<b>DIRECCIÓN:</b>							
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:					
Nº:	LETRA:	KM. VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
PROVINCIA:		MUNICIPIO:		ENTIDAD DE POBLACIÓN:			C. POSTAL:
TELÉFONO DE CONTACTO DESFIBRILADOR:							
<b>HORARIO DE ACCESIBILIDAD DEL DEA:</b>							
a) Días de la semana				b) Franja horaria (especificar)			
L	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	J	<input type="checkbox"/>
V	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	.....	
<input type="checkbox"/> <b>DESFIBRILADOR MÓVIL.</b>							
<input type="checkbox"/> <b>SERVICIO A TERCEROS.</b>							
<b>INSTALACIÓN:</b>		<b>SISTEMA AUTOMÁTICO DE ACTIVACIÓN EMERGENCIAS:</b>			<b>ZONA CARDIOASEGURADA:</b>		
<input type="checkbox"/> OBLIGATORIA <input type="checkbox"/> VOLUNTARIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
FECHA DE INSTALACIÓN:	MODELO:	FABRICANTE:			Nº DE SERIE:		
OTRAS OBSERVACIONES SOBRE EL LUGAR DE UBICACIÓN DEL DEA:							
.....							
.....							
.....							

<b>4</b>	<b>DERECHO DE OPOSICIÓN SOLICITANTE</b>						
El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición:							
<input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de mis <b>datos de identidad</b> a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.							
<b>DERECHO DE OPOSICIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>							
El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición:							
<input type="checkbox"/> <b>ME OPONGO</b> a la consulta de los <b>datos de identidad</b> de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.							

001991/5D

<b>5</b>	<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CESIÓN PÚBLICA DE DATOS DEL DEA</b>
<input type="checkbox"/>	Como persona titular o representante legal de la persona física o jurídica que da de alta este desfibrilador (DEA), <b>consiento</b> que los siguientes datos relacionados con el desfibrilador (nombre razón social, ubicación, teléfono de contacto, horario de accesibilidad, tipo de instalación y modelo) aportados en este formulario, sean utilizados de forma pública, con la finalidad de facilitar su localización y utilización para atender de forma rápida a aquellas personas que lo precisen. Así como que estos mismos datos sean cedidos por la Consejería de Salud y Familias a otras Administraciones Públicas o entidades con la misma finalidad.
<b>6</b>	<b>COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>La persona abajo firmante <b>COMUNICA</b> la instalación de un DEA en sus instalaciones, con conocimiento de que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore, o la no presentación ante la Administración competente de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinarán la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.</p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>	

**ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN EN SALUD****Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:****CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería Salud y Familias, cuya dirección postal es Avenida de la Innovación s/n 41020, Sevilla y dirección electrónica [sgidis.csafa@juntadeandalucia.es](mailto:sgidis.csafa@juntadeandalucia.es).
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es).
- c) Los datos personales que nos indica se incorporará, a la actividad de tratamiento "CSALUD-Gestión desfibriladores instalados en Andalucía" cuya finalidad es elaborar un mapa completo del despliegue en Andalucía de los DEA para mejorar la eficacia y eficiencia de la respuesta asistencial ante una parada cardiaca y conocer los datos relativos al uso de los mismos, la licitud de dicha trámite se basa en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- d) Pude Ud. ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos y la limitación u oposición a su tratamiento, y a no ser objetos de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal. La Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias contempla la cesión de datos a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166276.html>