

ANEXO III
SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO
DE FORMACION SANITARIA ESPECÍFICA POR REALIZACION DE CURSO

DATOS PERSONALES		
DNI/NIE/Pasaporte	Número de Afiliación	
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento	Sexo Hombre Mujer	Nacionalidad

Autorizo al Instituto Social de la Marina a recabar del Ministerio del Interior los datos relativos a NIF/NIE eximiendome de la necesidad de aportarlo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2b) de la Ley 11/2007, de 22 de Junio de acceso electronico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

DOMICILIO DE RESIDENCIA					
Dirección	Numero	Piso	Puerta	Escalera	Bloque
Codigo Postal	Localidad			Provincia	
Telefono Fijo			Telefono Movil		

CERTIFICADO QUE SOLICITA AL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA	
Formacion Sanitaria Especifica Inicial	Formación Sanitaria Especifica Avanzada
Curso Completo	Primera Actualizacion Segunda Actualizacion

LUGAR DE REALIZACION DEL CURSO
Instituto Social de la Marina Centro Publico Centro Privado Homologado

El abajo firmante, solicita la expedición del Certificado de Formación Sanitaria detallado en esta solicitud, en virtud de lo establecido en las disposiciones adicionales segunda y tercera de la Orden PRE/646/2004, y declara que son ciertos los datos consignados en ella.

En _____, a _____ de _____ de
(Firma)