# DECLARACIÓN RESPONSABLE DE REALIZACIÓN

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

Don/Doña      , con 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 externos automatizados (DEA), de acuerdo a los contenidos y metodología establecidos en el Decreto Foral 6/2019, de 30 de enero, por el que se regula la instalación de desfibriladores externos automatizados y la formación para su uso.

Fecha:

Firma:

Documentación aportada:

1. Documentación identificativa de la persona declarante y, en su caso, de la representación que ostenta.
2. Si se trata de una persona jurídica, estatutos de la entidad.
3. Material docente disponible (maniquíes, desfibriladores y otro material sanitario).
4. Relación de personal docente y documentación acreditativa de las titulaciones y certificados exigidos.
   * Coordinador: Titulación en medicina o enfermería y documentación acreditativa de su formación en Soporte Vital Avanzado.
   * Resto de personal docente: Titulaciones y documentación acreditativa de su formación en Soporte Vital Básico.