MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

ANEXO II

Solicitud de _____ (1) de centro para impartir formación sanitaria específica _____ (2) en la modalidad de _____ (3)

(1) Homologación Inicial o Prórroga de Homologación
(2) Inicial o Avanzada
(3) Instalaciones fijas, Unidad Móvil o Modalidad Itinerante

REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE Y APELLIDOS		
N.I.F.	CARGO	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO

En nombre y representación del **CENTRO SOLICITANTE:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD			
C.I.F.	DOMICILIO FISCAL		
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

SOLICITA

de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Orden PRE/646/2004, de 5 de marzo (BOE nº 62 de 12/03/04), la homologación por parte de la Dirección del Instituto Social de la Marina del Centro siguiente:

NOMBRE DEL CENTRO/MATRÍCULA UNIDAD MÓVIL			
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

DIRECTOR DEL CENTRO:

NOMBRE Y APELLIDOS		
N.I.F.	CARGO	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO

..... a, ……. de ..... de ……

Fdo: .....

DIRECCIÓN DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA
c/ Génova, nº 20, 4ª planta. 28004-Madrid