



ANEXO II

Solicitud de homologación/prórroga de centro privado para la impartición de formación sanitaria específica

HOMOLOGACIÓN <input type="checkbox"/>		PRORROGA <input type="checkbox"/>	
MODALIDAD DE IMPARTICIÓN:			
NIVEL DE FORMACIÓN:			
REPRESENTANTE LEGAL:			
Nombre y Apellidos			
DNI/NIE		Cargo	
Teléfono		Correo Electrónico	

En nombre y representación de

ENTIDAD SOLICITANTE:		
CIF/NIF	Nombre/Razón Social	
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal
CENTRO DE IMPARTICIÓN (si es distinto de la entidad solicitante)		
Nombre del Centro/Matrícula Unidad Móvil		
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal
<input type="checkbox"/> Autorizo , a que el ISM recabe del Ministerio del Interior, la Agencia Tributaria, las Haciendas Forales y la Tesorería General de la Seguridad Social, los datos relativos a la acreditación de identidad y de cumplimiento de obligaciones tributarias y de Seguridad Social.		
<input type="checkbox"/> DECLARA:	Que reúne los requisitos establecidos en el anexo II de la Orden PJC/1424/2025 de 9 de diciembre, para la impartición de cursos de formación sanitaria específica inicial básica inicial/avanzada, así como que la dotación fija del mobiliario, medios didácticos, material audiovisual y material de prácticas se halla en perfecto estado de conservación y correcto funcionamiento.	



CENSO DOCENTES CENTRO			
NOMBRE Y APELLIDOS	TITULACIÓN	ACREDITACIÓN DOCENCIA	DNI/NIE

(1) En caso necesario rellenar el anexo de docentes

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo. _____