



ANEXO VI

Solicitud de centro para impartir el curso de _____ estable

REPRESENTANTE LEGAL:		
Nombre y apellidos		
DNI/NIE	Cargo	
Teléfono	Correo electrónico	

En nombre y representación de

CENTRO SOLICITANTE:			
Nombre del Centro			
NIF	Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal	

COMUNICA

de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Orden PJC/1424/2025 de 9 de diciembre, la impartición de formación sanitaria específica _____ en modalidad estable:

FECHAS DE IMPARTICIÓN	
Inicio	Final
DISTRIBUCIÓN DEL CONTENIDO DEL CURSO	

