



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

--



RELACIÓN DE FORMADORES Y EVALUADORES

En _____, a ___ de _____ de _____

Fdo: