



## 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:                   |  |                                   |  |
| <b>REPRESENTANTE LEGAL:</b>           |  |                                   |  |
| Nombre y Apellidos                    |  |                                   |  |
| DNI/NIE                               |  | Cargo                             |  |
| Teléfono                              |  | Correo Electrónico                |  |

En nombre y representación de

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>ENTIDAD SOLICITANTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| CIF/NIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nombre/Razón Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| Domicilio                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Código Postal |
| <b>CENTRO DE IMPARTICIÓN (si es distinto de la entidad solicitante)</b>                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| Nombre del Centro/Matrícula Unidad Móvil                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| Domicilio                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
| Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Código Postal |
| <input type="checkbox"/> <b>Autorizo</b> , 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"/> <b>DECLARA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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<br>DOCENCIA | DNI/NIE |
|                       |            |                          |         |
|                       |            |                          |         |
|                       |            |                          |         |
|                       |            |                          |         |
|                       |            |                          |         |
|                       |            |                          |         |

(1) En caso necesario rellenar el anexo de docentes

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_