



**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: .....