



## 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: .....