



SOLICITUD DE CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE CONDUCTOR DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO POR CARRETERA

Datos del solicitante								
Persona física								
Primer apellido		Segundo apellido			Nombre			
NIF/NIE		Teléfono fijo	Teléfono móvil		Correo electrónico			
Representante (cumplimentar sólo cuando la solicitud se formule por persona distinta del solicitante o cuando éste sea una persona jurídica)								
Primer apellido		Segundo apellido			Nombre			
NIF/NIE		Teléfono fijo	Teléfono móvil		Correo electrónico			
Dirección a efectos de notificación								
Calle/Plaza/Otros			C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Provincia		Municipio			Localidad			
Objeto de la solicitud								
<input type="checkbox"/> Habilitación de conductores de vehículos de transporte sanitario por carretera.								
Tipo de certificado de habilitación que se solicita, como conductor de								
<input type="checkbox"/> Ambulancia no asistencial								
<input type="checkbox"/> Ambulancia asistencial (Clases A1 y A2) (Clases B y C)								
¿Acompaña documentos a esta solicitud?								
<input type="checkbox"/> Sí, acompaño todos los documentos								
<input type="checkbox"/> No acompaño todos los documentos								



Documentación

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- Copia del DNI o documento equivalente para las personas con nacionalidad no española.
- En el caso de actuar por representación, documento acreditativo de la misma.
- Copia del permiso de conducción de ambulancias.
- Certificados originales de las empresas de transporte sanitario que acrediten las fechas en las que ha realizado funciones propias de conductor de ambulancias, especificando si se realizan en ambulancia no asistencial o asistencial e indicando los periodos en cada una de ellas.
- Informe de vida laboral emitido por la Seguridad Social.
- Contratos de trabajo.
- Otros

Los documentos expedidos en un idioma distinto al castellano deberán ir acompañados de la traducción oficial al castellano

Declaración responsable:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

En , a de de

Firma:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Administración de La Comunidad Autónoma de Canarias le informa que los datos personales recabados a través del presente formulario, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán incorporados a un fichero de su titularidad, cuya finalidad es el tratamiento de los expedientes administrativos. Si, entre la información que usted facilita, figuran datos de terceros, usted asume el compromiso de informarles de los extremos señalados en el párrafo anterior. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando por correo o presentando presencialmente dicha solicitud a la Oficina de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud.