

**ANEXO**

Don/Dona \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, en calidade de responsable de \_\_\_\_\_, con CIF \_\_\_\_\_, como entidade provedora de formación continuada, **AUTORIZO** as persoas que de seguido indico para o seguimento dos expedientes de acreditación solicitados por esta entidade a través de SAGa, e SOLICITO que se lles habilite o correspondente acceso, ao contaren xa co necesario certificado dixital.

NOME E APELIDOS*	DNI*	Teléfono de contacto	Correo electrónico

\* datos de carácter obrigatorio

Calquera alta ou baixa que se produza na relación de persoas autorizadas para facer uso do servizo telemático de consulta de solicitudes de acreditación de actividades formativas desta entidade seralle comunicada á Secretaría Técnica do Sistema Acreditador da Formación Continuada das profesións sanitarias da Comunidade Autónoma de Galicia.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Asinado:

SECRETARÍA TÉCNICA DO SISTEMA ACREDITADOR DA FORMACIÓN CONTINUADA DAS PROFESIÓNS SANITARIAS DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA.  
Avenida Fernando de Casas Novoa 37, portal A, 1º andar – 15707 Santiago de Compostela (A Coruña)