



## HABILITACIÓN PROFESORES/AS (CAP).

D./ Da .....  
con NIF/CIF ..... DOMICILIO .....  
..... CODIGO POSTAL .....  
MUNICIPIO ..... PROVINCIA.....  
TELÉFONO ..... E-MAIL .....  
en su propio nombre o en representación de la empresa .....  
..... Nº CENTRO:.....  
con NIF/CIF ..... TELÉFONO.....

### EXPONE:

.....  
.....

**SOLICITA:** La habilitación del/la profesor/a con NIF..... para impartir las siguientes especialidades de formación CAP:(*márquese lo que proceda*)

Nº	ESPECIALIDADES	
1	<input type="checkbox"/>	CONDUCCIÓN RACIONAL (MERCANCIAS)
2	<input type="checkbox"/>	CONDUCCIÓN RACIONAL (VIAJEROS)
3	<input type="checkbox"/>	EQUIPOS Y MEDIOS DE EXTINCIÓN DE INCENDIOS
4	<input type="checkbox"/>	FORMACIÓN VIAL (MERCANCIAS)
5	<input type="checkbox"/>	FORMACIÓN VIAL (VIAJEROS)
6	<input type="checkbox"/>	LOGISTICA Y TRANSPORTES POR CARRETERA (MERCANCIAS)
7	<input type="checkbox"/>	LOGISTICA Y TRANSPORTES POR CARRETERA (VIAJEROS)
8	<input type="checkbox"/>	PRIMEROS AUXILIOS
9	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE DE MATERIAS PELIGROSAS

La persona firmante AUTORIZA al Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, a solicitar por medios telemáticos sus datos de identidad, residencia y permiso de conducción (DGT), a través de la aplicación para la Gestión de la Formación de los Conductores Profesionales del Ministerio de Fomento, con el objeto de la emisión del certificado de aptitud profesional y la tarjeta de cualificación del conductor, de conformidad con las previsiones contenidas en el Real Decreto 1032/2007, de 20 de julio, por el que se regula la cualificación inicial y la formación continua de los conductores de determinados vehículos destinados al transporte por carretera.

En ....., a .... de ..... de 20 ..

FIRMADO: