



# Solicitud de Acreditación

Afiliado nº .....

Nombre Completo:
Nº D.N.I. :
Fecha de Nacimiento:
Dirección de Envío (Calle,Número,Piso,Puerta,Población,Provincia,Código Postal,País)
Teléfonos de Contacto:
Mail:

## Solicito de P.S.D.I. la Acreditación correspondiente a :

Señale con una X la acreditación que desea solicitar

- Instructor Policial
- Sargento Instructor Policial
- Teniente Instructor Policial
- Capitán Instructor Policial
- Comandante Instructor Policial

## Descripción de su formación - ( Adjunte su Currículum Vitae)

Incluya la siguiente información sobre su formación:

Adjunte fotocopias (no originales) de diplomas, certificados de evaluación y otros documentos relevantes. Incluya también información sobre su experiencia profesional y otras experiencias que puedan aportar información sobre su preparación profesional para la acreditación solicitada. Sin una documentación completa su solicitud no podrá ser evaluada ni tramitada. La verificación inicial de su solicitud a la opción de acreditación seleccionada se realiza de forma gratuita.

Esta solicitud constituye un contrato una vez firmada y fechada. Con mi firma declaro que he leído, entendido y aceptado las condiciones de la acreditación solicitada. También declaro que toda la información aportada sobre mi formación y preparación profesional es cierta y que las copias de documentos adjuntas son veraces. Asumo que en caso de falsedad en la información aportada o de falta de ética en mi práctica profesional, seré expulsado del P.S.D.I..

No se entregará ninguna documentación hasta que las tasas correspondientes hayan sido completamente pagadas. No hay devoluciones una vez emitida la documentación.

Fecha

Firma