|  |
| --- |
| **REGISTRO GENERAL SANITARIO DE EMPRESAS ALIMENTARIAS Y ALIMENTOS****SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN** |
| **[ ]  Inscripción inicial de actividad, empresa y / o establecimiento.** | **[ ]  Cambio de persona titular.** | [ ]  **Modificación de actividad**. |
| **[ ]  Cambio de domicilio del establecimiento.** | **[ ]  Cambio de domicilio de la persona titular.** | **[ ]  Modificación de otros datos.** |
|  |  | **[ ]  Cese definitivo de la actividad económica (baja de inscripción).** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA TITULAR (\*)** |
|  |
| **Si es persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido:** |
| **Persona física NIF[ ]**  | **Pasaporte/ NIE[ ]**  | **Número de documento** |  |  |
|  |
| **Nombre:** |  | **1º Apellido:**  |  | **2º Apellido:** |  |  |
| **Hombre**  | **[ ]  Mujer**  | **[ ]**  |  |  |  |  |
| **Si es persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social:** |
| **Persona jurídica [ ]**  | **Número de documento:** |  |  |
|  |
| **Razón social:** |  |  |
|  |
|  |
| **Domicilio:**  |  |  |
|  |
| **Provincia:** |  |  | **C.P.:** |  |  | **Localidad:** |  |  |
|  |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono móvil:** |  | **Correo electrónico:** |  |  |
|  |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|  |
| **NIF [ ]**  |  **Pasaporte/NIE [ ]**  | **Número de documento:** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Nombre:**  |  | **1º Apellido:**  |  | **2º Apellido:** |  |  |
| **Hombre**  | **[ ]  Mujer [ ]**  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Domicilio:**  |  |  |
|  |
|  **Provincia:** |  |  | **Código postal:** |  |  | **Localidad:** |  |  |
|  |
|  **Teléfono:** |  |  | **Teléfono móvil:** |  |  | **Correo electrónico:** |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| **[ ]  Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*****[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma*** [***https://notifica.jccm.es/notifica***](https://notifica.jccm.es/notifica) ***y que sus datos son correctos.)*** |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad** | Gestión del Registro Sanitario de Empresas y Establecimientos Alimentarios de Castilla-La Mancha |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 14/1986, General de Sanidad, Ley 33/2011, General de Salud Pública, y Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla La Mancha |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: [**https://rat.castillalamancha.es/info/2034**](https://rat.castillalamancha.es/info/2034) |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (\*)** |
|  |
| **Domicilio:**  |  | **RGSEAA:** |       |  |
|  |
| **Teléfono:**  |  |  | **correo electrónico:** |  |  |
|  |
| **Provincia:** |  |  | **Código postal:** |  |  | **Localidad:** |  |  |
|  |
| **Superficie del local en m2 :** |  | **Número de trabajadores:** |       |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** (*rellenar lo que proceda):* |
| **1) INSCRIPCIÓN INICIAL (\*)** |
| **CLAVE** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CLAVE** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **2) CAMBIO DE TITULARIDAD** |
| **Nombre y apellidos o denominación de la persona titular anterior (física o jurídica):**  | **NIF/Pasaporte/NIE:** |
| **3) CAMBIO DE DOMICILIO** |
| **Domicilio anterior:**  | **[ ]  Persona Titular (física o jurídica)** **[ ]  Establecimiento**  |
| **4) AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD** |
| **CLAVE** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **5) CESE DE ACTIVIDAD** |
| **CLAVE** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **CATEGORÍA** |  | **ACTIVIDAD** |  |
| **6) MODIFICACIÓN DE OTROS DATOS** |
|       |
| **7) OTRAS INSTALACIONES O CENTROS** |
| [ ]  **Posee las instalaciones o centros dedicados, exclusivamente, al almacenamiento o depósito de productos envasados perteneciente a la propia empresa de producción, transformación, elaboración o envasado, situados dentro del ámbito territorial de la misma Comunidad Autónoma (*Art. 5.1.a. del Real Decreto 191/2011, de 18 de febrero*), que se indican:** |
| **Calle, plaza, polígono, etc.** | **Localidad** | **Municipio** | **Provincia** |
| **a)**  |  |  |  |
| **b)**  |  |  |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ALIMENTARIA A REALIZAR Y DE LOS PROCESOS RELATIVOS A LOS PRODUCTOS** |
| **1) Producción de****2) Transformación de****3) Elaboración de****4) Envasado de****5) Almacenamiento de****6) Otros datos de interés:** |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE** |
| **[ ]  La persona 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 aportar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello y declarando expresamente que:** **- Cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente, específicamente:** **- *Reglamento (CE) 178/2002, de 28 de enero, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria*.*****- Reglamento (CE) 852/2004, de 29 de abril, relativo a la higiene de los productos alimenticios*.****- *Reglamento (CE) 853/2004, de 29 de abril, por el que se establecen normas específicas de higiene de los alimentos de origen animal*.****- *Real Decreto 191/2011, de 18 de febrero, sobre Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos.***  **- Dispone de la documentación que así lo acredita y que se compromete a mantener su cumplimiento durante el periodo inherente al reconocimiento o ejercicio del derecho.*****- Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.*****[ ]  Declaro, en calidad de nueva persona titular, incorporar el programa de autocontrol (basado en el análisis de peligros y puntos de control crítico) que se tenía implantado a la actividad de la empresa.****[ ]  Declaro que el cambio de domicilio del establecimiento, o del domicilio de la persona titular cuando no se disponga de éste, es debido a un cambio de nombre de la vía pública o de número realizado de oficio por el Ayuntamiento.** |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES** |
| **Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.****En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:** **[ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.****[ ]  Me opongo a la consulta de residencia.****Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.*** **Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      .**
* **Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      .**
* **Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración      .**

***(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).*** |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA** |
| **[ ]  Documento acreditativo de la representación, en su caso (*poder notarial, acta, etc.).*****[ ]  Documento público o privado acreditativo del cambio de la persona titular, en su caso.****[ ]  Plan de autocontrol. Incluye: descripción de los productos a elaborar (fichas técnicas), memoria descriptiva de la actividad, planos de las instalaciones, buenas prácticas de higiene (requisitos previos) y análisis de peligros y puntos de control crítico.****[ ]  Otra documentación (*especificar*):**  |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| **Este procedimiento conlleva una tasa de** **euros.****Podrá acreditar el pago realizado:** **[ ]  Electrónicamente, mediante la referencia:** **.****[ ]  Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.****Si precisa más información consulte nuestra Sede Electrónica en www.jccm.es** |

**En      , a       de       de 20     .**

**Firma (DNI electrónico o certificado válido):**

**ORGANISMO DESTINATARIO** (seleccione la Delegación Provincial de la provincia en la que se encuentre ubicado el establecimiento a la que refiere la solicitud).

[ ] DELEGACION PROVINCIAL CONSEJERIA SANIDAD ALBACETE (DIR3 A08027354)

[ ]  DELEGACION PROVINCIAL CONSEJERIA SANIDAD CIUDAD REAL (DIR3 A08027355)

[ ]  DELEGACION PROVINCIAL CONSEJERIA SANIDAD CUENCA (DIR3 A08027356)

[ ]  DELEGACION PROVINCIAL CONSEJERIA SANIDAD GUADALAJARA (DIR3 A08027357)

[ ]  DELEGACION PROVINCIAL CONSEJERIA SANIDAD TOLEDO (DIR3 A08027358)

**Nota: (\*) Información obligatoria**