**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE TÉCNICOS DE NIVEL INTERMEDIO Y SUPERIOR EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA**

**SJOT**

Código SIACI

**020170**

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física  NIF | | | | | | | | NIE | | | | | | | | | Número de documento | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Hombre  Mujer | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | | | | | | | | 1º Apellido: | | | | | | | | | |  | | | | | | | 2º Apellido: | | | | | |  | | | | | | |  | |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona jurídica  Número de document | | | | | | | | | | | Número de documento: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | |  | | | C.P.: | | | | | |  | | | | | | Población: | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | | | | | |  | | | | | | | | Correo electrónico: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | | | | Número de documento: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Hombre Mujer | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | | | 1º Apellido: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | | | | | |  | | | C.P.: | | | | | | |  | | | | | |  | Población: | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | Correo electrónico | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 obligado 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** | | | | Viceconsejería Empleo, Dialogo Social y Seguridad y Salud Laboral | | | | | | |
| **Finalidad** | | | | Gestión de las comunicaciones en materia de PRL. Inscripción Registros: RERA, Registro Técnicos PRL, Registro de empresas exentas de auditorías. Acreditación SPA. Autorización actividad de auditoria de sistemas de prevención. Aprobación planes de trabajo AMIANTO: comunicación previa, aprobación planes de trabajo, registro de datos evaluación exposición. | | | | | | |
| **Legitimación** | | | | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales | | | | | | |
| **Destinatarias/os** | | | | No 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/1829>. | | | | | | |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | | |
| **Datos académicos y profesionales.** | | | | | | | | | |
| **TITULACIÓN ACADÉMICA:** | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **TITULACIÓN PROFESIONAL:** | | | | | | | | | |
|  |  | Nivel Intermedio (Técnico Superior en Prevención de Riesgos Profesionales) | | | | | | |  |
|  |  | Nivel Intermedio (Formación Habilitante expedida por Entidad Pública o Privada acreditada) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  |  | Nivel Superior | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Especialidades Nivel Superior: | | | | | | | | | |
|  |  | Seguridad en el Trabajo | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  |  | Higiene Industrial | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  |  | Ergonomía y Psicosociología Aplicada | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ENTIDAD CERTIFICADORA TITULACION PROFESIONAL:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha de certificación | | | | |  | |  | | |
| **Declaro que son ciertos los datos que figuran en la solicitud, así como la documentación que se acompaña, y SOLICITO la inscripción en el Registro de Técnicos de Nivel Intermedio y Superior en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.**  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.  **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**  **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 otra 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 las titulaciones académicas  ***(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).*** | | | | | | | | | |
| **Documentación a presentar:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  Copia de la titulación profesional.  En su caso, copia de las especialidades de Nivel Superior. | | | | | | | | | |

En       , a       de      de

Firma del solicitante

Fdo:

**VICECONSEJERIA DE EMPLEO, DIALOGO SOCIAL Y SEGURIDAD Y SALUD LABORAL**

**Servicio de Prevención de Riesgos Laborales**

**Código DIR 3:** A08028172