Nº de Procedimiento

**SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE INTERÉS SANITARIO O SOCIOSANITARIO**

SIHP

Ficha SIACI

040020

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Persona jurídica  Número de documento: | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Población: | Haga clic aquí. | | | | | | C.P.: | Haga clic aquí. | | Provincia: | Haga clic aquí. |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | Haga clic aquí. | | | Teléfono móvil: | Haga clic. | | | | Correo electrónico: | | Haga clic aquí. |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE  Número de documento: | | | | | | | Haga clic aquí. | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | Haga clic aquí. | | | | 1º Apellido: | | | Haga clic aquí. | | | 2º Apellido: | | Haga clic aquí. | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | | Haga clic aquí. | | | | | C.P.: | | Haga clic aquí. | | | Provincia: | | Haga clic aquí. | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | Haga clic. | | | Teléfono móvil: | | Haga clic. | | | | Correo electrónico: | | | | | Haga clic. |  |
| **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** |
| Notificación electrónica *(Al estar obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado 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** | Instituto de las Ciencias de la Salud |
| **Finalidad** | seguimiento y control de las actividades declaradas de interés sanitario o sociosanitario en Castilla-La Mancha |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Decreto 76/2017, de 17 de octubre, de la Consejería de Sanidad, del procedimiento para declarar de interés sanitario o sociosanitario actividades de carácter científico y técnico |
| **Destinatarios** | 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/1097**](https://rat.castillalamancha.es/info/1097) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD:** | | |
| ASUNTO: Declaración de interés sanitario o sociosanitario. | | |
| SOLICITA la declaración de:  Interés sanitario.  Interés sociosanitario. | | |
| Actividad: | Haga clic aquí para escribir texto. |  |
|  | | |
| Lugar: | Haga clic aquí para escribir texto. |  |
|  | | |
| Fecha: | Haga clic aquí para escribir texto. |  |
|  | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:  - Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 76/2017, de 17 de octubre, de la Consejería de Sanidad, del procedimiento para declarar de interés sanitario o sociosanitario actividades de carácter científico y técnico y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.  - Dispone de la documentación requerida en el artículo 4 del Decreto 76/2017, de 17 de octubre.  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.  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.  **Autorizaciones:**  **Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**  **NO:** Los acreditativos de identidad.  **NO:** Los acreditativos de residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).  **NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:   |  | | --- | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |   **Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: | Haga clic. | presentado con fecha: | Haga clic. | ante la unidad: | Haga clic. | de la Administración: | Haga clic. |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: | Haga clic. | presentado con fecha: | Haga clic. | ante la unidad: | Haga clic. | de la Administración: | Haga clic. |   En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:   |  | | --- | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |   **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**  **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**  Poder de representación, en su caso.  Copia de la escritura de la constitución de la sociedad, en su caso.  Memoria descriptiva que incluya lo señalado en el artículo 4 del Decreto 76/2017, de 17 de octubre. |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento no conlleva tasas |

Firma

Toledo, Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de Haga clic aquí.

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA**

**DIR 3:A08014321.**