KM9J

046612

**CONTESTACION REQUERIMIENTOS PLAN DE INSPECCION**

**Código SIACI**

**Nº Procedimiento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REQUERIDA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Persona física:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF: | | | | Pasaporte/NIE: | | | | | | Número de documento | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | |  | | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Persona jurídica:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | | C.P.: |  | | | |  | Población: | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: |  | | | |  | C.P.: |  | | | |  | | Población: | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL CENTRO/SERVICIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº Registro de Servicios sociales: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Sector: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Centro: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | |  | | | | C.P.: |  | |  | | | Población: | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | |  | | | | |  | | Teléfono móvil: | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **NOTIFICACIÓN** |
| **La entidad está obligada a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la plataforma** [**https://notifica.jccm.es/notifica**](https://notifica.jccm.es/notifica)**. Compruebe que su entidad está registrada y que sus datos son correctos.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Secretaría General de la Consejería de Bienestar Social |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y el Decreto 45/2022, de 1 de junio y la Orden de 18 de junio de 2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de los requisitos y el procedimiento de acreditación de los servicios de atención domiciliaria en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarias/os** | 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/0680> |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMUNICACIÓN** | |
| De conformidad con lo establecido en el artículo 48 del Decreto 45/2022, de 1 de junio, del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha, la persona abajo firmante, en representación de la persona interesada o de la entidad que se indica, comunica:  Contestación al Requerimiento de Documentación en relación con el centro / servicio de referencia.  **DECLARACIONES RESPONSABLES:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente comunicación 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 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:**  Con la presentación de esta comunicación, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del 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.  **En el caso de que se haya opuesto en la opción anterior, debe aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.**  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente comunicación, y en aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  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   **DOCUMENTACIÓN:**  **1.- DOCUMENTACIÓN PARA LA CONTESTACIÓN AL REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN.**  Listado de personal por categorías, titulación, tipo de jornada que realiza y tipo de contrato.  Vida laboral de la empresa.  Plan de Actuación para la subsanación de las deficiencias.  Otra documentación:  -  -  -  -  -  -  - |

En      , a       de       de 20

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario**:**

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**

**SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL. DIR A08029623**