010560

Código SIACI

 **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PUBLICIDAD EN APOYO DE LA DONACIÓN/OBTENCIÓN DE TEJIDOS Y CÉLULAS DE ORIGEN HUMANO EN CASTILLA-LA MANCHA**

Nº Procedimiento

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| **Si elige 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 elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** |
| Persona jurídica [ ]  Número de documento:  |       |  |
|  |
| Razón social: |       |  |
|  |
|  Domicilio:  |       |  |
|  |
|  Población: |       |  C.P.:  |       |  Provincia:  |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Teléfono móvil: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** |

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

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| [ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está 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).* [ ]  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).* |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ENTIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN** |
|  |
| Denominación del centro o Servicio: |       |  |
|  |
| Domicilio: |       |  |
|  |
| Población: |       | C.P.: |       | Provincia: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       | Fax: |       | Correo electrónico: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| ASUNTO: Autorización para la realización de actividades de promoción y publicidad relacionadas con la donación/obtención de tejidos y células de origen humano.SOLICITA: [ ]  **AUTORIZACIÓN** **Para la realización de actividades de promoción y publicidad en apoyo de la donación/obtención de** (especificar las actividades para las que se hace la solicitud): |
|  |
| **Donación/Obtención de donantes vivos de** ( especificar el tipo de tejido o grupo celular): |
|  |
| [ ]  Tejidos:  |       |  |
|  |
| [ ]  Células: |       |  |
|  |
| **Donación/Obtención de donantes fallecidos de** ( especificar el tipo de tejido o grupo celular): |
|  |
| [ ]  Tejidos: |       |  |
|  |
| [ ]  Células: |       |  |
|  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.  |
| **Finalidad** | Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 8/2000, de 30 de noviembre, 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/1011**](https://rat.castillalamancha.es/info/1011) |

|  |
| --- |
| **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 que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: - Cumple los requisitos previstos en el Decreto 5/2019, de 12 de febrero, por el que se regula la autorización sanitaria para la práctica de actividades relacionadas con el proceso de donación-trasplante en Castilla-La Mancha.[ ]  **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 aportada 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:**Con la presentación de esta solicitud, 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 los siguientes datos, salvo que marque expresamente:[ ] Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ] Me opongo a la consulta de residencia.[ ] Otros:

|  |
| --- |
|       |
|       |

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: |       |  |       | 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 supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

|  |
| --- |
|       |
|       |

**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:**[ ]  Documento acreditativo de la representación, en su caso.[ ]  Memoria descriptiva de las actividades a desarrollar.[ ]  Otros (especificar):       |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento no conlleva pago de tasas.  |

Firma

En      , a       de       de 20

[ ]  **DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA.**

Código DIR 3: A08014301