SM04

010634

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº EXPEDIENTE:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Código SIACI**

**Nº Procedimiento**

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN DE TRASLADO DE RESES LIDIADAS SANGRADAS A MATADEROS AUTORIZADOS UBICADOS EN OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 denominación:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Persona jurídica** | | | | | | | | | **Número de documento (NIF)** | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Denominación:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Provincia** | |  | | | |  | **CP** | | |  | | | | | |  | **Localidad** | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono** | |  | | | **Teléfono móvil** | | | | | | |  | | | | | | **Correo electrónico** | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
| **Horario preferente para recibir llamadas** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Provincia** |  | | | |  | **Código postal** | | |  | | | |  | **Localidad** | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono** |  |  | **Teléfono móvil** | | | |  | | | |  | **Correo electrónico** | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Horario preferente para recibir llamadas** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona que ejerza la representación.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| **Notificación electrónica. C*ompruebe 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 control sanitario sobre la caza silvestre y de carne de las reses lidiadas |
| **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 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/1063> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA COMUNICACIÓN** |
|  |
| Al objeto de facilitar la inspección de las reses lidiadas cuya carne se destine a la comercialización como persona organizadora o responsable del festejo/s taurino/s a celebrar el/los día/s      de      del      en el municipio de      **,** provincia de      **.**  **COMUNICA:**   1. Que se celebrará un/una:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Corrida | Becerrada | Encierro de reses por vías urbana | | Novillada con picadores | Festival | Encierro de reses por el campo | | Novillada sin picadores | Toreo cómico | Suelta de reses | | Rejoneo  Otros | |  |  1. El número de reses lidiadas sangradas procedentes de el/los citado/s festejo/s taurino/s será de       y su destino:   Establecimiento autorizado:  Titular / Razón Social  Ubicado en C/      , nº      , población      **,** Provincia       Comunidad Autónoma |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE** |
| La persona firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:  - Las reses lidiadas, una vez abatidas y únicamente sangradas serán trasladadas junto con la sangre recogida directamente a su destino con objeto de proceder a su inspección sanitaria para consumo humano sin demora, lo antes posible, en un plazo máximo de 60 minutos desde la finalización del espectáculo taurino. En el supuesto excepcional de que no se cumpliera lo declarado anteriormente y el traslado de las reses no pudiera efectuarse en un plazo máximo de 60 minutos desde la finalización del espectáculo, las reses sangradas tendrán la consideración de MER o, en su caso SANDACH dependiendo de las características específicas de cada animal según estipula la normativa MER y serán retiradas por empresa autorizada.  - El medio de transporte garantizará una temperatura en el interior del mismo de 0º a 4º C. Las reses irán identificadas y con la siguiente documentación:  - Documento de traslado de reses lidiadas sangradas modelo anexo IV del R.D. 1086/2020 emitido por el Veterinario de Servicio.  - Declaración del operador que incluya la información de la cadena alimentaria prevista en el RD 361/20091, que se ajustará como mínimo a los datos recogidos en el anexo III del RD 1086/2020.  - Antes de proceder a la introducción de los animales muertos en el medio de transporte, serán identificados individual y claramente, bajo la supervisión del veterinario de servicio, de manera indeleble y con medios aptos para su uso con alimentos bajo todas las condiciones recogidas en el RD 1086/2020.  - El traslado de las reses sangradas a otra comunidad autónoma solo se realizará si dispone de la autorización requerida.  **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** |
| **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 de Sanidad 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.**  ***(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** |
| **Documento acreditativo de la representación, en su caso (poder notarial, acta, etc…).**  compromiso de aceptación por establecimiento autorizado       de destino  Ficha técnica del vehículo |

**En**      **, a**       **de**       **del 20**     **.**

**Firma de la persona organizadora o responsable de la actividad,**

**(DNI electrónico o certificado válido)**

**Organismo destinatario:**

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN**