



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad
Dirección General de Planificación,
Ordenación e Inspección Sanitaria.
Avda. de Francia, 4
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010035

Código SIACI
SJRE

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTO

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:

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 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:

Hombre Mujer

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Domicilio:

Población: C.P.: Provincia:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

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 obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos).



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,
Ordenación e Inspección Sanitaria.
Avda. de Francia, 4
45071 - Toledo

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

| | |
|------------------------------|---|
| Responsable | <i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i> |
| Finalidad | <i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i> |
| Legitimación | <i>Cumplimiento de una obligación legal (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)</i> |
| Destinatarios | <i>Existe cesión de datos</i> |
| Derechos | <i>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</i> |
| Información adicional | <i>Disponible en la dirección electrónica https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</i> |

DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Modificación de actividades de un centro, servicio o establecimiento sanitario sin internamiento

SOLICITA: La autorización de modificación de actividades de:

- Centro sanitario
- Servicio sanitario
- Establecimiento sanitario

DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Denominación:

Domicilio:

Población: C.P.: Provincia:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,
Ordenación e Inspección Sanitaria.
Avda. de Francia, 4
45071 - Toledo

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 establecidos en el Decreto 13/2002, de 15/01/2002, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios, disposiciones que se dicten en su desarrollo y demás legislación específica aplicable a cada centro, servicio o establecimiento sanitario, así como, en su caso, la legislación vigente sobre ordenación y planificación sanitaria en la comunidad autónoma

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:

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: presentado con fecha: ante la unidad: de la Administración:

Documento: presentado con fecha: ante la unidad: de la Administración:

En el supuesto de que 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.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,
Ordenación e Inspección Sanitaria.
Avda. de Francia, 4
45071 - Toledo

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- 1.- Memoria descriptiva sobre las modificaciones que se pretenden llevar a cabo especificando en lo que afectarán a organización general y actividades del centro
- 2.- Relación del nuevo equipamiento con certificación acreditativa, en su caso, de que se adapta a la legislación vigente

PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de:

- Tasa 1: Autorización de modificación de actividades de centros o servicios sanitarios sin internamiento, catalogados como consultas médicas, consultas de otros profesionales sanitarios y consultorios de atención primaria que no cuentan con instalaciones emisoras de radiaciones, y de establecimientos sanitarios de óptica y de venta con adaptación de productos sanitarios: **171,22 euros**
- Tasa 2: Autorización de modificación de actividades del resto de centros o servicios sanitarios sin internamiento, de los establecidos en el apartado anterior que cuentan con instalaciones emisoras de radiaciones y de establecimientos sanitarios de fabricación de productos sanitarios a medida: **216,41 euros**

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.**

- Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Firma

En _____, a _____ de _____ de 20____

Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08027354
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355
- CUENCA. Código. DIR 3: A08027356
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358