



Castilla-La Mancha

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

Nº Procedimiento

010432

Código SIACI  
SKXL

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CENTROS Y SERVICIOS SIN INTERNAMIENTO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, HEMODIÁLISIS, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR**

**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  NIE  Número de documento

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  NIE  Número de documento:

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 *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)*

Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado 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**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<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>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<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>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

**DATOS DE SOLICITUD**

**ASUNTO:** Puesta en funcionamiento de un centro o servicio sin internamiento de cirugía ambulatoria, hemodiálisis, radioterapia y medicina nuclear

**SOLICITA:** La autorización de puesta en funcionamiento de un centro o servicio sin internamiento de cirugía mayor ambulatoria, hemodiálisis y medicina nuclear

- Centro sanitario  
 Servicio sanitario

**DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO**

Denominación:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**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



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

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

- Dispone de la siguiente documentación de la Dirección Provincial de la Consejería de Fomento:

1.- Documento acreditativo, de la autorización o inscripción en el registro correspondiente de las diferentes instalaciones, emitido con fecha.....

2.- En caso de que el centro o servicio disponga de instalaciones emisoras de radiactividad, documento acreditativo de su inscripción o autorización, conforme a la normativa vigente en materia de radiaciones, emitido con fecha .....

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:

[Empty rectangular box for data entry]

[Empty rectangular box for data entry]

**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:

[Empty rectangular box for data entry]

[Empty rectangular box for data entry]

**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.- Certificación de final de obras firmada por técnico competente, de acuerdo a la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación, haciendo constar que las obras se han adaptado al proyecto inicial sobre el que se autorizó
- 2.- Equipamiento que posee 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 puesta en funcionamiento de centros y servicios sin internamiento de cirugía mayor ambulatoria y hemodiálisis que no cuentan con instalaciones emisoras de radiaciones: **215,55 euros**
- Tasa 2: Autorización de puesta en funcionamiento de centros y servicios sin internamiento de cirugía mayor ambulatoria y hemodiálisis que cuentan con instalaciones emisoras de radiaciones y de centros y servicios de radioterapia y medicina nuclear: **347,96 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\_\_\_\_

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326