



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
SKXM

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN 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 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: Instalación de un centro o servicio sin internamiento de cirugía mayor ambulatoria, hemodiálisis, radioterapia y medicina nuclear

SOLICITA: La autorización de instalación de un centro o servicio sin internamiento de cirugía mayor ambulatoria, hemodiálisis, radioterapia 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

- 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.

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

- 1.- Escritura o documento de constitución de la sociedad, si procede, y poder de representación, en su caso
- 2.- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local
- 3.- Proyecto técnico básico, firmado por técnico competente conforme a la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de ordenación de la edificación, y visado por el colegio profesional correspondiente cuando sea preciso, que conste de:
- a) Memoria del proyecto de obras que incluya las instalaciones, en la que deberá quedar reflejado que el proyecto se ha redactado de acuerdo a la normativa vigente
- b) Planos de conjunto y detalle que permitan la perfecta localización del mobiliario y equipamiento
- 4.- Proyecto de instalaciones firmado por técnico competente conforme a la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de ordenación de la edificación visado por el colegio profesional correspondiente cuando sea preciso, que disponga de memoria y plano de las instalaciones



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

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

- 5.- Memoria descriptiva que incluirá como mínimo:
 - a) Tipología y finalidad asistencial
 - b) Organización general y memoria de actividades, incluyendo proyecto de plantilla de personal con especificación del organigrama y funciones del personal
- 6.- Proyecto de equipamiento
- 7.- Proyecto de instalación de equipos generadores de radiaciones, en su caso

Si la instalación del centro o servicio sanitario supone la realización de obras de adaptación para las que no es exigible la realización de un proyecto técnico, los puntos 3 y 4 quedarán reducidos a la presentación de un croquis, a escala y acotado, de la modificación prevista, que permita la identificación del local, mobiliario y equipamiento

Si la instalación del centro o servicio sanitario no precisa la realización de ningún tipo de obra, los puntos 3 y 4 quedarán reducidos a la presentación de un croquis a escala y acotado, que permita la identificación del local, mobiliario y equipamiento.

PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de:

- Tasa 1: Autorización de instalación de centros y servicios sin internamiento de cirugía mayor ambulatoria y hemodiálisis que no cuentan con instalaciones emisoras de radiaciones: **98,23 euros**
- Tasa 2: Autorización de instalación 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: **208,70 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