Código SIACI

**SK7E**

**COMUNICACIÓN DE CAMBIOS EN RELACIÓN A SIQ4, RELATIVO A DISTINTIVOS A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN MATERIA DE CONSUMO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01 | | **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | |
| Tipo de Documento \* | | | | Nº. de Documento \* | | | Tipo de Persona \* | | |
| *NIF  Pasaporte/NIE* | | | |  | | | *Física  Jurídica* | | |
| Razón social para el caso de personas jurídicas. | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  |
| Nombre | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  |
|  | **1er** Apellido | | | | 2º Apellido | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |
| Hombre  Mujer  Domicilio | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
|  | Provincia | | Municipio. | | | C.P. | | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |
|  | Teléfono | | Correo electrónico \* (obligatorio para pymes y ayuntamientos) | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  |  |
|  | ***El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá los avisos de notificación, y en su caso de pago*** | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 02 | | **REPRESENTANTE** (Obligatorio para el caso de personas jurídicas ) | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Nº. de Documento |  | |
| *NIF  Pasaporte/NIE* | | | |  |  | |
| Nombre | | | 1º Apellido \* | | 2º Apellido |  |
|  |  | |  | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | |  |
| Domicilio | | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | Provincia | | Municipio | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  | Teléfono móvil | | Otro teléfono | | C.P. |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Correo electrónico. | |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |
| ***Las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona representante designada por la persona interesada*** | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 03 | **MEDIO POR EL QUE SE RECIBIRÁ 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*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 04 | **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad** | | Gestión de ayudas y subvenciones en materia de consumo |
| **Legitimación** | | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en 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/1231**](https://rat.castillalamancha.es/info/1231) |

|  |  |
| --- | --- |
| 05 | **DATOS DE LA COMUNICACIÓN** |
| Cambios relativos a los distintivos a las mejores prácticas en materia de consumo concedidos, para que sean actualizados o modificados los méritos tenidos en cuenta. | |

|  |  |
| --- | --- |
| 06 |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 07 | **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| 07.1 | **Declaraciones responsables:** |
| La persona abajo firmante, en su nombre propio y en representación de las personas que representa, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:   * No ha sido objeto de sanción firme en vía administrativa por infracción relativa al mérito que se pretende acreditar en los dos años anteriores a su solicitud. * Está al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal y con la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha. * Está al corriente de sus obligaciones con la Seguridad Social. | |
|  | 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, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. | |
| 07.2 | **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 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 datos de estar al corriente de obligaciones con la Seguridad Social |
| **Para el caso de datos de naturaleza tributaria, expresamente:** | |
|  | Autorizo a la consulta de datos tributarios relativos de estar al corriente de sus obligaciones tributarias con el Estado. |
|  | Autorizo a la consulta de datos tributarios relativos de estar al corriente obligaciones tributarias con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. | | | | | | | 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 | Fecha presentación | Unidad administrativa | Administración | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | | En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, o no haya autorizado su consulta por Administración, debe aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento. | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **07.3** | **Documentación** | |
| Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos: | | |
|  | | Documentación acreditativa de los méritos comunicados. |
|  | | En el caso de que la solicitud de autorización se haga a través de persona representante legal, documento que lo acredite como tal mediante cualquier medio válido en derecho. |
|  | | Fotocopia del NIF en caso de personas jurídicas. |

Firma

Firma de la persona interesada

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA -** CÓDIGO DIR3: A08027181