Código SIACI

|  |
| --- |
| **SJRC** |

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTO**

 Nº Procedimiento:

 **015090**

|  |
| --- |
| **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 RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica (*De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública y el artículo 6.2 del Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado 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 Planificación Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia.* |
| **Finalidad** | *Gestionar el registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios y realizar el control de la actividad sanitaria de los mismos.* |
| **Legitimación** | *6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.**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, Ley 5/2005, de 27 de junio, de ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha, Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria* |
| **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/1011***](https://rat.castillalamancha.es/info/1011) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Funcionamiento de un centro, servicio o establecimiento sanitario sin internamiento**SOLICITA**: La autorización de funcionamiento de: [ ]  Centro sanitario [ ]  Servicio sanitario En el caso de ser un depósito de medicamentos estará vinculado a: [ ]  Servicio de farmacia [ ]  Oficina de farmacia [ ]  Establecimiento sanitario.La renovación de funcionamiento 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: |       |  |
|  Coordenadas de geolocalización geográficas (en vehículos, localización de la base a la que pertenece):

|  |
| --- |
| 99,999999/-9,999999 |

 |

|  |
| --- |
| **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 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria, 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 y de edificación y de accesibilidad. - Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.[ ]  Si se realizan actividades fuera del centro o servicio sanitario, se compromete a cumplir los requisitos específicos de las mismas, así como de disponer los documentos acreditativos de vinculación. [ ]  Se dispone de la documentación acreditativa de la autorización e inscripción de las diferentes instalaciones en el registro correspondiente cuando lo exija la normativa sectorial vigente y, específicamente, de las instalaciones de radiodiagnóstico, de radioterapia o medicina nuclear.[ ]  En el supuesto de renovación, si no ha habido cambios desde la última resolución de autorización de funcionamiento o modificación, se siguen manteniendo los requisitos técnicos sanitarios exigidos y se dispone de la documentación acreditativa del cumplimiento de los mismos. Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos 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, del 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 los siguientes datos, salvo que marque expresamente:[ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ]  Me opongo a la consulta de residencia.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: |       | presentado con fecha: |       | ante la unidad: |       | de la Administración: |       |

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

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

**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:**[ ] Relación del equipamiento. [ ]  Relación del personal sanitario, indicando el Número de Identificación Fiscal (NIF) o Número de Identidad del Extranjero (NIE), la titulación y, en su caso, el número de colegiado, así como la identificación de la persona que ejerce de responsable sanitario y, en su caso, el director técnico asistencial de cada servicio o unidad asistencial.[ ]  En el supuesto de autorización de funcionamiento con autorización de instalación previa, la certificación final de obras firmada por técnico competente, según Ley 38/1999, haciendo constar que las obras se han adaptado al proyecto presentado en la solicitud de instalación.[ ]  En el supuesto de autorización de funcionamiento sin autorización de instalación previa: [ ]  Escritura o documento de constitución de la sociedad, si procede, y poder de representación, en su caso. [ ]  Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local. [ ]  Memoria descriptiva: - Clase de centro, servicio.  - Oferta asistencial, con la relación de servicios que la integran.  [ ]  Croquis a escala y acotado realizado por técnico competente según Ley 38/1999, de 5 de noviembre, con identificación de las áreas, equipamiento y mobiliario. [ ]  Acuerdo de asistencia farmacéutica en el caso de depósitos de medicamentos. |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento conlleva tasas de:[ ]  Tasa 1: Autorización de **funcionamiento o renovación** 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 y depósitos de medicamentos: **216,41 euros.**[ ]  Tasa 2: Autorización de **funcionamiento** 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: **349,35 euros.**[ ]  Tasa 3: R**enovación** 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: **349,25 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