NK5L

010494

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº EXPEDIENTE:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Código SIACI**

**Nº Procedimiento**

|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN DE LA CELEBRACIÓN DE CACERÍA CUYAS PIEZAS SE DESTINEN AL CONSUMO** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (\*)** |
|  |
| **Si es persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido:** |
| **Persona física NIF[ ]**  | **Pasaporte/ NIE[ ]**  | **Número de documento** |       |  |
|  |
| **Nombre** |       | **1º Apellido**  |       | **2º Apellido** |       |  |
| **Hombre**  | **[ ]  Mujer**  | **[ ]**  |  |  |  |  |
| **Si es persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y denominación:** |
| **Persona jurídica [ ]**  | **Número de documento (NIF)** |       |  |
|  |
| **Denominación:** |       |  |
|  |
|  |
| **Domicilio**  |       |  |
|  |
| **Provincia** |       |  | **CP** |       |  | **Localidad** |       |  |
|  |
| **Teléfono** |       | **Teléfono móvil** |       | **Correo electrónico** |       |  |
|  |  |  |
| **Horario preferente para recibir llamadas**  |       |  |
|  |  |
| **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** |       |  |
|  |  |  |
| **Nombre**  |       | **1º Apellido**  |       | **2º Apellido** |       |  |
| **Hombre**  | **[ ]  Mujer [ ]**  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Domicilio** |       |  |
|  |
|  **Provincia** |       |  | **Código postal** |       |  | **Localidad** |       |  |
|  |
|  **Teléfono** |       |  | **Teléfono móvil** |       |  | **Correo electrónico** |       |  |
|  |
| **Horario preferente para recibir llamadas**  |       |  |
|  |
| ***Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por la persona interesada.*** |

|  |
| --- |
| **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***](https://notifica.jccm.es/notifica) ***y que sus datos son correctos)*** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Salud Pública. |
| **Finalidad** | Gestión del control sanitario sobre la caza silvestre |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos: 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. |
| **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://www.castillalamancha.es/protecciondedatos> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA COMUNICACIÓN**  |
|  |
| Al objeto de facilitar la inspección de las piezas de caza como persona organizadora o responsable de la actividad cinegética a celebrar el día      de      de      en la finca      **,** con coto nº      **,** del término municipal      , provincia de      **.****COMUNICA:**1. Que se celebrará un/una:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Montería | [ ]  Batida | [ ]  Gancho |
| [ ]  Rececho | [ ]  Aguardo | [ ]  Descastes |
| [ ]  Caza mayor en Mano  | [ ]  Otras modalidades de Caza mayor |  |
| [ ]  Otras modalidades de Caza Menor |  |

1. Que el destino de las piezas cobradas será:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  El autoconsumo | [ ]  Al menos una de las piezas se destinará a comercialización |

1. La inspección sanitaria de las piezas cobradas para consumo se efectuará en:

[ ]  - Local de Inspección de la persona Titular / Razón Social      , ubicado en C/      , nº      , población      **,** Provincia      **.** [ ]   Lugar de evisceración con número      , ubicado en la finca      , población      **,** Provincia      **.**1. Que propone como Profesional Veterinario Actuante a D/Dª      **,** con nº de colegiado      **.**
2. Que en el caso de comercializarse alguna de las piezas, su destino será
 |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE**  |
| **[ ]  La persona firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, comprometiéndose a aportar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello y declarando expresamente que:*** **Cumple con los requisitos establecidos en la norma vigente, específicamente:**

***- Decreto 65/2008 de la Consejería de Sanidad, de 06/05/2008 sobre inspección sanitaria de piezas de caza silvestre destinadas a la comercialización.******- Resolución publicada anualmente por la Dirección General de Salud Pública, por la que se publican los locales para realizar la inspección de la caza de autoconsumo y se establecen las condiciones para la realización de la inspección de piezas de caza destinadas al autoconsumo en Castilla-La Mancha.******- Reglamento 1069/2009 por el que se establecen las normas aplicables a los subproductos animales y los subproductos no destinados al consumo humano.******- Real Decreto 50/2018, de 2 de febrero, por el que se desarrollan las normas de control de subproductos animales no destinados al consumo humano y de sanidad animal, en la práctica cinegética de caza mayor.******-Orden 74/2021, de 27 de mayo, de la Consejería de Agricultura, Agua y Desarrollo Rural, por la que se desarrollan las medidas de control de subproductos animales no destinados a consumo humano en la práctica cinegética de caza mayor en Castilla-La Mancha.*****- Ha procedido a la comunicación ante la Delegación Provincial competente en materia de caza para la celebración de la citada actividad.****[ ]  En el caso de proponer un lugar de evisceración en coto colindante:****- Dispone de autorización expresa para su utilización, según se establece en el art. 6 del Decreto 65/2008 de la Consejería de Sanidad, de 06/05/2008 sobre inspección sanitaria de piezas de caza silvestre destinadas a la comercialización.** **[ ]  Dispone de documento que acredita la aceptación por parte del veterinario actuante propuesto para la actividad que se comunica.*****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** |
| **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 de Sanidad 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 residencia.** ***(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).*** |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN**  |
| **[ ]  Documento acreditativo de la representación, en su caso (poder notarial, acta, etc…).** |

**En**      **, a**       **de**       **de 20**     **.**

**Firma de la persona organizadora o responsable de la actividad,**

**(DNI electrónico o certificado válido)**

**Nota: (\*) Información obligatoria**

**Organismo destinatario:**

**[ ]  DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN**