010559

Código SIACI

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA DONACIÓN/TRASPLANTE DE TEJIDOS Y CÉLULAS EN CENTROS SIN INTERNAMIENTO DE CASTILLA-LA MANCHA**

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | 1º Apellido: |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | | |  |
| Hombre:  Mujer:  **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: | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | |  | | | 1º Apellido: |  | | | | 2º Apellido: | | | | |  |  |
| Hombre:  Mujer: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | | | |  | | | | C.P.: | |  | | | Provincia: |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | Teléfono móvil: | | | |  | | | Correo electrónico: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos).*  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).* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL CENTRO O SERVICIO PARA EL QUE SE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Denominación del centro o servicio: | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | | | | C.P.: |  | | Provincia: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | Fax: | |  | | Correo electrónico: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** | | | | | | | |
| ASUNTO: Autorización para la realización de actividades de donación/trasplante de tejidos y células en centros sin internamiento de Castilla-La Mancha.  SOLICITA:  **AUTORIZACIÓN**  **RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN**  **Para la realización de las siguientes actividades** (especificar todas las actividades para las que se solicita autorización): | | | | | | | |
| **Detección de Donantes:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Donación/Obtención de donantes vivos de** ( especificar el tipo de órgano, tejido o grupo celular): | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Tejidos: |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| Células: |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Establecimiento de tejidos:** ( especificar el tipo de tejido o grupo celular): | | | | | | | |
| Obtención: | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | |
| Evaluación: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |
| Procesamiento: | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |
| Preservación: | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |
| Almacenamiento: | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| Distribución: | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |
| Importación: | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |
| Exportación: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Trasplante/Aplicación de** ( especificar el tipo de órgano, tejido o grupo celular) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Tejidos: | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| Células: | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. |
| **Finalidad** | Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. |
| **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://rat.castillalamancha.es/info/1011**](https://rat.castillalamancha.es/info/1011) |

|  |
| --- |
| **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 que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - Cumple los requisitos previstos en el Decreto 5/2019, de 12 de febrero, por el que se regula la autorización sanitaria para la práctica de actividades relacionadas con el proceso de donación-trasplante en Castilla-La Mancha.  **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 aportada 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, 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.  Otros:   |  | | --- | |  | |  |   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: |  |  |  | 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 supuesto de que expresamente 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:**  Documento acreditativo de la representación, en su caso.  Copia de los acuerdos por los que se aprueba efectuar la actividad o actividades.  Memoria descriptiva (de acuerdo con lo establecido por el artículo 24 del Decreto 5/2019, de 12 de febrero, por el que se regula la autorización sanitaria para la práctica de actividades relacionadas con el proceso de donación-trasplante en Castilla-La Mancha.  Otros (especificar): |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| **Este procedimiento conlleva el pago de una tasa de:**  Autorización a un centro sanitario para obtención de tejidos: 218, 51 €  Autorización a un centro sanitario para trasplante de tejidos: 262,04 €  Autorización de establecimiento de tejidos: 262,04 €  Renovación de la autorización para obtención de tejidos: 119,28 €  Renovación de la autorización de trasplante de tejidos: 162,81 €  Renovación de la autorización de establecimiento de tejidos: 162,81 €   |  | | --- | |  |   Podrá acreditar el pago realizado:  Electrónicamente, mediante la referencia:  Presencialmente, adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria. |

Firma

En      , a       de       de 20

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA.**

Código DIR 3: A08014301