010559

S350

Nº Procedimiento

Código SIACI

MKSB

**COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN O CESE DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA DONACIÓN/TRASPLANTE DE TEJIDOS Y CÉLULAS EN CENTROS SIN INTERNAMIENTO DE CASTILLA-LA MANCHA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE COMUNICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 QUE COMUNICA LA MODIFICACIÓN O CESE DE ACTIVIDADES** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Denominación del centro o Servicio: | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | | | | C.P.: |  | | Provincia: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | Fax: | |  | | Correo electrónico: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA COMUNICACIÓN** | | | | | | | |
| ASUNTO: Comunicación de modificación o cese de las actividades de donación/trasplante de tejidos y células que se realizan en un centro sin internamiento.  COMUNICA:  **MODIFICACIÓN**  **CESE TOTAL**  **CESE PARCIAL**  **Para la actividad de** (especificar todas las actividades para las que se comunica la modificación o cese): | | | | | | | |
| Detección de Donantes: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Donación/Obtención de donantes vivos de** ( especificar el tipo de 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 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> |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, manifiesta que todos los datos consignados son veraces y comunica 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 comunicación,** 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.  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 no conlleva pago de tasas. |

Firma

En      , a       de       de 20

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

Código DIR 3: A08014301