**MKU5**

**020013**

**COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN/SUSPENSIÓN O CESE DE DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMATIZADOS (DEA) FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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).* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Responsable** | | | | *Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.* | | | | | | | | | | | |
| **Finalidad** | | | | *Gestionar el Registro de Entidades no Sanitarias con Desfibriladores Externos Automatizados.* | | | | | | | | | | | |
| **Legitimación** | | | | *Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Decreto 4/2018, de 22 de enero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automatizados fuera del ámbito sanitario).* | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASUNTO: Comunicaciones en relación con la instalación de desfibriladores externos automatizados (DEA) fuera de ámbito sanitario.  COMUNICA:  La modificación en la instalación o la variación de datos para el Registro de entidades no sanitarias con DEA.  La suspensión de la instalación.  El cese definitivo de la instalación.  **Explicación de las modificaciones o motivos de suspensión o cese:**   |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL CENTRO Y DESFIBRILADOR** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación del lugar de instalación: | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Descripción del espacio físico concreto: | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Tipo de centro: Público  Privado  Tipo de actividad: Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | | | | C.P.: |  | | | Provincia: | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Fecha de instalación: | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de instalación: Edificio  o Vehículo  ¿Dispone de comunicación inmediata con el 112?: Sí  No  Teléfono asociado al DEA 999 99 99 99 | | | | | | | | | Coordenadas de geolocalización geográficas (en vehículos, localización de la base a la que pertenece):  99,999999/-9,999999 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modelo DEA: | | |  | | Nº de serie: |  | | Fabricante: | | |  | | Marca: |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  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 comunicación, 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.  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:**  Poder de representación, en su caso.  Relación de personas autorizadas para el uso del DEA, incluyendo la información sobre su identidad, titulación o acreditación para el uso y las fechas en las que estas personas realizaron su formación inicial y continuada, conforme a lo establecido en el artículo 5 del Decreto 4/2018, de 22 de enero (solo en caso de variación).  Declaración responsable, en caso de variación, de cada una de las personas autorizadas para el uso de DEA de no incurrir en incompatibilidad y consentimiento para que la Administración consulte su titulación académica o, en caso contrario, para que el responsable de la instalación aporte copia de la misma.  Otros documentos: |

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