KM23

046344

**CERTIFICACIÓN SOBRE EL CONTENIDO DEL REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE CASTILLA-LA MANCHA**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |
| --- |
| **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 document | 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.* |
| **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.**Datos de categoría especial: 9.2.i) el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública 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 LA COMUNICACIÓN** |
| **ASUNTO**: Certificación sobre el contenido del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla-La Mancha.**SOLICITA**: Certificado sobre el contenido del Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios sobre los siguientes datos: |
|

|  |
| --- |
|       |

 |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO** |
|  |  |  |
| Denominación: |       |  |
|  |  |  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Población: |       |  C.P.: |       |  Provincia: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  Teléfono móvil: |       |  Correo electrónico: |       |  |
| Coordenadas de geolocalización geográficas 99,999999/-9,999999 (en vehículos, localización de la base a la que pertenece):

|  |
| --- |
|      / -       |

 |

|  |
| --- |
| **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: - 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 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:**

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Poder de representación, en su caso.[ ]  Otros documentos: |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| **No conlleva tasa.** |

Firma

En       , a       de       de 20

**[ ]**  **Consejería de Sanidad**

**Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria**

**Servicio de Inspección**

Código DIR3 A08015993