**010361**

Código SIACI

**S275**

Nº Procedimiento

1. **SOLICITUD AUTORIZACIÓN SANITARIA TRASLADO DE CADÁVERES**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE en calidad de familiar o representante legal** |
|  |
| **NIF** **NIE Número de documento \*:**  **Nombre \*:**  **Apellido 1\***  **Apellido 2**    **Hombre  Mujer** |
| **Domicilio:**  **Población:  C.P.:  Provincia:**  **Teléfono:** |
| **DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA** |

|  |
| --- |
| **Nombre y apellidos \*:**  **Fallecido/a el día  a las  horas como consecuencia de \* (*INDICAR CAUSA FUNDAMENTAL DE LA MUERTE)*** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA EMPRESA FUNERARIA** |

|  |
| --- |
| **Nombre EMPRESA \*:**  **Número de documento NIF \*:**  **Utilizando como medio de transporte \*:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General Salud Pública |
| **Finalidad** | Autorizaciones de traslado de cadáveres y restos cadavérico |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de CLM Decreto 72/1999 de 1 de junio de Sanidad Mortuoria Orden de 17-01-2000 de desarrollo del Decreto de Sanidad Mortuoria |
| **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/2489> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** |
| **SOLICITA**  Le sea concedida la autorización para trasladar el cadáver de la persona fallecida indicada para su  INHUMACÍON  CREMACIÓN  **DESDE:**  Municipio de  provincia de  **A:**  Cementerio  Crematorio  Del municipio de  provincia de  Una vez hayan transcurrido un mínimo de 24 horas y no más de  horas |

|  |
| --- |
| **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.  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. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN A APORTAR** |
| Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos  Certificado médico de defunción  Licencia de enterramiento  Autorización judicial  Acta de conservación temporal del cadáver  Acta de embalsamamiento del cadáver |

Firma

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

**Firma (DNI electrónico o certificado válido):**

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

**ÓRGANO O PERSONA DESTINATARIA:**

**Medico/a de **

**O BIEN,**

**Delegación Provinciales de la Consejería de Sanidad de:**

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

|  |
| --- |
| **B. AUTORIZACION SANITARIA** |
| Previo el cumplimiento de las disposiciones sanitarias vigentes, con esta fecha he resuelto autorizar el traslado arriba solicitado, en el uso de las atribuciones que me han sido conferidas por el Decreto 72/1999, de Sanidad Mortuoria, y por la Orden de 17/01/200, dictada en su desarrollo.  Dadas las circunstancias que concurren, dicho traslado deberá efectuarse con féretro  COMÚN  TRASLADO (*marcar lo que proceda*) de las características establecidas en el artículo 85 del Decreto 72/1999, de Sanidad Mortuoria  *En  a  de  de*  EL/LA  FDO:  COLEGIADO/A NÚMERO |

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN Y TRAMITACIÓN**  **1. GENERALES:**  1.1 El presente modelo será el único válido en la tramitación administrativa para la concesión de la autorización sanitaria para el transporte de cadáveres, dentro del territorio nacional.  1.2 El impreso consta de dos cuerpos:  **A.- Solicitud:** a cumplimentar por la persona interesada (familiar o representante legal de la persona fallecida).  **B.- Autorización Sanitaria:** a expedir, a la vista de los datos de la solicitud y de la documentación presentada por la persona interesada, por:  \* Delegado/a provincial de la Consejería de Sanidad.  \*Personal Médico del Equipo de Atención Primaria (E.A.P.), Asistencia Pública Domiciliaria (A.P.D.) o de Cupo.  \* Personal Médico de Guardia del Punto de Atención Continuada (P.A.C.) o del Servicio Normal de Urgencias (S.N.U.).  \*Personal Médico responsable de la Guardia hospitalaria.  1.3 La sucesión temporal en la tramitación será la siguiente:  1. Cumplimentación por la persona interesada de la **solicitud** de traslado (cuerpo A) y su presentación a la Delegación Provincial de Consejería de Sanidad correspondiente o al personal facultativo que corresponda, adjuntado la documentación requerida en cada caso.  2.Otorgamiento por el Delegado/a provincial o personal Médico, si procede, de la **autorización sanitaria** para el transporte del cadáver (cuerpo B). En éste último caso, el personal médico lo comunicará a la mayor brevedad a las Delegaciones provinciales  Tanto el original como la documentación quedará en poder de la persona facultativa, para su archivo en el Centro Sanitario.  Se hará entrega de las dos copias restantes a la persona interesada, una que quedará en poder de ésta y deberá acompañar al cadáver durante todo el trayecto y otra para ser entregada al Ayuntamiento o entidad de quien dependa el cementerio o crematorio de destino.  3. Por parte de las Delegaciones Provinciales de Sanidad, una vez tenido conocimiento de la autorización, se **notificará** el transporte a la Autoridad de Sanidad Mortuoria de la provincia de destino y, en los casos de intervención judicial, al Juzgado que practicó las diligencias; así mismo, se procederá a liquidar y notificar a la persona interesada la tasa que en cada caso corresponda..  **2. ESPECIFICAS:**  **SOLICITUD:**    **\*** ... a las \_\_\_\_ horas ...: se indicará la hora (0-24 horas) del fallecimiento que consta en el certificado médico de defunción.  \* ... como consecuencia de (1): se indicará la **causa fundamental** de la muerte que consta en el certificado médico de defunción.  \*... y no más de ...horas: indicar 48, 72 o el número previsto de horas, para determinar la necesidad de realizar técnicas de tanatopraxia (embalsamamiento o conservación temporal).  \* ... documentación (3): se señalará con una cruz en el/los cuadrado/s reservados al efecto delante de cada una de las opciones.  \* En órgano o Persona destinataria: se indicará la autoridad sanitaria o personal médico (indicando la Zona Básica de Salud, Servicio Normal de Urgencias u Hospital al que pertenece) al que se dirige la solicitud.  \* ... como medio de transporte.: se indicará el medio a utilizar de los contemplados en el artículo 73 del Decreto 72/1999, de Sanidad Mortuoria.  Será ineludible, para la obtención de la autorización sanitaria la presentación del **certificado médico de defunción,** en el que se especifique la fecha, hora y causa fundamental de la muerte. En los supuestos en que la defunción haya dado lugar a la práctica de cualquier diligencia judicial de orden penal, dicho certificado será sustituido por la **autorización judicial.**  Así mismo, dicha autorización quedará supeditada a la obtención de la **licencia de enterramiento**, "No obstante, y en aras a facilitar los trámites, se podrá conceder la autorización para el transporte de forma condicionada, con anterioridad a la obtención de dicha licencia." (artículo 6.1. párrafo tercero, de la Orden de la Consejería de Sanidad de 17-01-2000).  En los supuestos en que se hayan realizado técnicas de **conservación temporal o embalsamamiento** del cadáver, será obligatorio acompañar el acta correspondiente, expedido por la persona facultativa que haya realizado la operación.  **AUTORIZACIÓN SANITARIA:**  \*... féretro COMÚN / TRASLADO: se determinará de acuerdo a lo establecido en el artículo 85 del Decreto 72/1999.  Será firmada, si procede, por la autoridad sanitaria o la persona facultativa actuante, quedando supeditada al cumplimiento en todo momento de las disposiciones sanitarias vigentes. |