SK0H

04238

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº EXPEDIENTE:****Nº Procedimiento** **Código SIACI** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE LIBRE VENTA** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (\*)** |
|  |
| **Si es 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 es persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y denominación:** |
| **Persona jurídica [ ]**  | **Número de documento (NIF)** |  |  |
|  |
| **Denominación:** |  |  |
|  |
|  |
| **Domicilio**  |  |  |
|  |
| **Provincia** |  |  | **CP** |  |  | **Localidad** |  |  |
|  |
| **Teléfono** |  | **Teléfono móvil** |  | **Correo electrónico** |  |  |
|  |  |  |
| **Horario preferente para recibir llamadas**  |  |  |
|  |  |
| **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** |  |  |
|  |
|  **Provincia** |  |  | **Código postal** |  |  | **Localidad** |  |  |
|  |
|  **Teléfono** |  |  | **Teléfono móvil** |  |  | **Correo electrónico** |  |  |
|  |
| **Horario preferente para recibir llamadas**  |  |  |
|  |
| ***Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por la persona interesada.*** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| **[ ]  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).*****[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o 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 Salud Pública |
| **Finalidad** | Datos censales de establecimientos alimentarios sometidos a inspección sanitaria |
| **Legitimación** | Misión en interés público ó ejercicio de poderes públicos. - Ley 14/1986, General de Sanidad y Ley 8/2000 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://www.castillalamancha.es/protecciondedatos> |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (\*)** |
|  |
| **Domicilio**  |  | **RGSEAA** |       |  |
|  |
| **Teléfono**  |  |  | **Correo electrónico** |  |  |
|  |
| **Provincia:** |  |  | **Código postal:** |  |  | **Localidad:** |  |  |
|  |
| **Superficie del local en m2** |  | **Número de trabajadores** |       |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** |

|  |
| --- |
| La emisión de    *Certificad**o/*s *de Libre Venta* del establecimiento que figura inscrito en el *Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos* con el Nº      /, para la exportación a       de los siguientes productos alimentarios:*

*

*
*
*
*
*
 |

|  |
| --- |
| **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 y declarando expresamente que:** **- Cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente, específicamente:** **- *Reglamento (CE) 178/2002, de 28 de enero, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria*.*****- Reglamento (CE) 852/2004, de 29 de abril, relativo a la higiene de los productos alimenticios*.****- *Real Decreto 191/2011, de 18 de febrero, sobre Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos.***  **- Dispone de la documentación que así lo acredita y que se compromete a mantener su cumplimiento durante el periodo inherente al reconocimiento o ejercicio del derecho.*****- 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.*** |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIONES** |
| **Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería de Sanidad podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.****En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:** **[ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.****[ ]  Me opongo a la consulta de residencia.*****(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).*** |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

**En      , a       de       de 20     .**

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

**Organismo destinatario:**

**[ ]  DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN**

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