

CONSEJERÍA DE SALUD

ORDEN de 28 de abril de 2010, por la que se adaptan los modelos de solicitud de diversos procedimientos de la Consejería de Salud al Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.

La Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos, en su artículo 6.2.b) establece el derecho de los ciudadanos a no aportar los datos y documentos que ya obren en poder de las Administraciones Públicas, las cuales utilizarán medios electrónicos para recabar dicha información, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que aprueba el Reglamento de desarrollo de dicha norma.

Por su parte, la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, regula la organización, el funcionamiento y régimen jurídico de la Administración Andaluza. La Ley incorpora los principios generales de organización y funcionamiento, el de racionalización, simplificación y agilidad, la eficacia y eficiencia.

El principio de simplificación administrativa se aplica por el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía, y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica, al suprimir la exigencia de aportar por parte de quienes tengan la condición de persona interesada la fotocopia del Documento Nacional de Identidad, entre otros documentos.

Por ello, el mencionado Decreto ha derogado el listado de procedimientos regulados por Decreto que esta Orden recoge, en cuyos formularios normalizados de solicitud se introducen determinadas modificaciones. Concretamente se añade el apartado relativo al consentimiento por el que la persona interesada autoriza que se verifiquen sus datos de identidad. Asimismo, en algunos de ellos, se añade el apartado relativo a la información que en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, debe facilitársele a la persona interesada con relación a los datos personales que aporta.

En su virtud, y en uso de las atribuciones que me confieren los artículos 44.2 y 46.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y la Disposición Final Primera, letra c), del Decreto 298/2007, de 18 de diciembre, por el se regulan los Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía, la estructura y funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía y se crea el Censo de Servicios Biocidas Reconocidos en Andalucía, la Disposición Final Primera del Decreto 211/1999, de 5 de octubre, por el que se regulan los procedimientos para la habilitación del ejercicio profesional de determinadas profesiones del sector sanitario, la Disposición Final Primera del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones

sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, y la Disposición Final Primera del Decreto 283/2004, de 18 de mayo por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía

D I S P O N G O

Artículo único. Los modelos de solicitud que figuran en el Anexo de la presente Orden, quedan adaptados al Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica, en los procedimientos que a continuación se relacionan:

a) Autorización sanitaria e inscripción en el Registro Oficial de establecimientos y servicios biocidas de Andalucía, regulada en el Decreto 298/2007, de 18 de diciembre, por el se regulan los Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía, la estructura y funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía y se crea el Censo de Servicios Biocidas Reconocidos en Andalucía.

b) Reconocimiento sanitario de los servicios biocidas no ubicados en Andalucía e inscripción en el censo de servicios biocidas reconocidos de Andalucía, regulado en el Decreto 298/2007, de 18 de diciembre, por el se regulan los Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía, la estructura y funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía y se crea el Censo de Servicios Biocidas Reconocidos en Andalucía.

c) Reconocimiento de títulos o certificados para el ejercicio en la Comunidad Autónoma de Andalucía de profesiones del sector sanitario, regulado en el Decreto 211/1999, de 5 de octubre, por el que se regulan los procedimientos para la habilitación del ejercicio profesional de determinadas profesiones del sector sanitario.

d) Habilitación profesional, regulada en el Decreto 211/1999, de 5 de octubre, por el que se regulan los procedimientos para la habilitación del ejercicio profesional de determinadas profesiones del sector sanitario.

e) Autorización administrativa de centros, servicios y establecimientos sanitarios, regulada en el Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

f) Certificado de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias, aprobado por la Resolución de 5 de julio de 2004, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento.

g) Inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, regulado en el Decreto 283/2004, de 18 de mayo por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Disposición Final Única. La presente Orden comenzará a producir efectos el día siguiente al su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 28 de abril de 2010

MARÍA JESÚS MONTERO CUADRADO
Consejera de Salud

ANVERSO ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN SANITARIA E INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS
BIOCIDAS DE ANDALUCÍA☐ AUTORIZACIÓN/ALTA☐ AUTORIZACIÓN MODIFICACIÓN:☐ RENOVACIÓN☐ EXTINCIÓN/BAJA☐ Cambio de emplazamiento de las instalaciones.☐ Ampliación/cambios de instalaciones o procesos industriales.☐ Cambios en los tipos de biocidas fabricados o envasados.☐ Incremento en la peligrosidad de los biocidas (a Muy Tóxicos, Tóxicos; Carcinogénicos, Mutagénicos o Tóxicos para la reproducción cat. 1 ó 2).☐ Ampliación de la actividad autorizada a otras actividades en el mismo emplazamiento.☐ Ampliación ámbito de actuación de los servicios biocidas.

Decreto ____ / ____ de ____ de ____ (BOJA n° ____ de fecha ____)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DE SU REPRESENTACIÓN			
RAZÓN SOCIAL			CIF
DOMICILIO		PÁGINA WEB	
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE			NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (o en su caso almacén del servicio biocida)			
NOMBRE O IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			
DOMICILIO			
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

3 TIPO DE ACTIVIDAD (actividad/es realizada/s en un mismo domicilio)			
☐ 1. Fabricación: ☐ 1.a) Fabricación de sustancias activas. ☐ 1.b) Formulación de preparados biocidas.			
☐ 2. Envasado.			
☐ 3. Almacenamiento.			
☐ 4. Comercialización: ☐ 4.a) Distribución (en la Unión Europea). ☐ 4.b) Distribución bajo marca o titularidad propia (en la Unión Europea). ☐ 4.c) Importación desde terceros países.			
☐ 5. Servicios biocidas: ☐ 5.a) Servicios a terceros. ☐ 5.b) Servicios de carácter corporativo.			
☐ 6. Instalaciones fijas de tratamiento.			

4 ÁMBITO DE ACTUACIÓN			
☐ Ambiental.	☐ Industria alimentaria.	☐ Prevención y control de la legionelosis.	☐ Tratamientos de la madera.
☐ Otros: _____			

NOTA: La solicitud se presentará preferentemente en la Delegación Provincial de la Consejería de Salud, en cuya provincia se ubique la instalación, sede o delegación de la entidad.

5 DATOS ADMINISTRATIVOS
Nº actual de Registro del Establecimiento y/o Servicio (ROESP/ROESBA): _____



REVERSO ANEXO I

6 PELIGROSIDAD DE LOS BIOCIDAS		
Seleccionar de cada apartado, si procede, la categoría máxima de peligrosidad de los biocidas relacionados con la actividad: (en cada uno de los siguientes apartados, las categorías van de mayor a menor peligrosidad).		
a) ☐ Explosivo	☐ Comburente	
b) ☐ Extremadamente inflamable	☐ Fácilmente inflamable	☐ Inflamable
c) ☐ Muy tóxico	☐ Tóxico	☐ Nocivo
d) ☐ Corrosivo	☐ Irritante	
e) ☐ Carcinógeno, Mutágeno y/o Tóxico para la reproducción:	☐ Categorías 1 ó 2	☐ Categoría 3
f) ☐ Sensibilizante		
g) ☐ Peligroso para el Medio Ambiente		

7 TIPOS Y GRUPOS DE LOS BIOCIDAS	
Grupo principal:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Tipo biocida:	☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 ☐ 11 ☐ 14 ☐ 18 ☐ 19 ☐ Otros tipos: _____

8 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)	
GENÉRICA:	
☐ CIF de la entidad solicitante.	
☐ Documentación acreditativa de la representación que ostenta y de la personalidad física o jurídica de la entidad.	
☐ Memoria técnica descriptiva de cada una de las actividades a realizar.	
ESPECÍFICA PARA ACTIVIDADES DE FABRICACIÓN, ENVASADO Y COMERCIALIZACIÓN BAJO MARCA O TITULARIDAD PROPIA:	
☐ Identificación de los responsables técnicos de cada actividad: currículo profesional, acreditación de la capacitación profesional necesaria, contrato de trabajo o documento acreditativo de la vinculación profesional con la entidad solicitante.	
☐ Etiquetas y Fichas de Datos de Seguridad de los productos biocidas, si los biocidas se han comercializado.	
☐ Resolución de inscripción de los productos biocidas en el Registro Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo, si se han comercializado.	
ESPECÍFICA PARA SERVICIOS BIOCIDAS (Incluidas instalaciones fijas de tratamiento):	
☐ Identificación de los responsables técnicos del servicio biocida: currículo profesional, acreditación de la capacitación profesional necesaria, contrato de trabajo o documento acreditativo de la vinculación profesional con la entidad solicitante.	
☐ Relación de todo el personal dedicado a los tratamientos con biocidas, acreditación de su capacitación y contratos de trabajo o documentación acreditativa de la vinculación profesional con la entidad solicitante.	
☐ Etiquetas y fichas de datos de seguridad de los biocidas u otros productos químicos a utilizar en los tratamientos.	
☐ Propuesta de hoja de diagnóstico y certificado de tratamiento, en su caso, según lo dispuesto en la normativa vigente en materia de control sanitario de plagas.	
☐ Descripción de los equipos a utilizar para las aplicaciones y de los medios de transporte de los productos biocidas.	
ESPECÍFICA PARA LAS ACTIVIDADES CUYAS CARACTERÍSTICAS LO REQUIERAN:	
☐ Licencia municipal de apertura junto a resolución ambiental o, en su defecto, solicitud de licencia municipal de apertura presentada en el Ayuntamiento.	
☐ Resolución de inscripción del almacén en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas (ROESP/ROESBA) y título jurídico que acredite la ocupación.	
☐ Solicitud de la diligencia de apertura del Libro Oficial de Movimientos Biocidas de Andalucía (para biocidas muy tóxicos, tóxicos, carcinógenos, mutágenos o tóxicos para la reproducción categorías 1 ó 2).	
☐ Resolución/es de inscripción/es en el/los Registro/s Oficial/es de Establecimientos y Servicios Biocidas de otras Comunidades Autónomas.	
ESPECÍFICA PARA LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA E INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS BIOCIDAS DE ANDALUCÍA:	
☐ Declaración responsable de que el establecimiento o servicio se ajusta a la documentación presentada y a la normativa vigente de aplicación.	

9 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE	
☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.	
☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	

10 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta. SE COMPROMETE a solicitar autorización de modificación para los cambios sustanciales en la actividad y a comunicar otros cambios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto de regulación y SOLICITA sea concedida la autorización sanitaria e inscripción en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía o, en su caso, la renovación, modificación o extinción de la misma.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD	
Fdo.: _____	

ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN

PROTECCIÓN DE DATOS	
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, al fichero BIOCIDAS Y PRODUCTOS QUÍMICOS.	
Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad servir de soporte a los procedimientos administrativos relativos a la comercialización, formación y utilización de biocidas químicos en Andalucía De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Salud Pública y Participación. Avda de la Innovación s/n. Edif. Arena, 1 41020-SEVILLA.	

0001328/1

ANVERSO ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LOS SERVICIOS BIOCIDAS NO UBICADOS EN ANDALUCÍA E INSCRIPCIÓN EN EL CENSO DE SERVICIOS BIOCIDAS RECONOCIDOS DE ANDALUCÍA☐ RECONOCIMIENTO/ALTA☐ RENOVACIÓN☐ EXTINCIÓN/BAJA☐ AUTORIZACIÓN MODIFICACIÓN:☐ Ampliación ámbito de actuación del servicio biocida.☐ Incremento en la peligrosidad de los biocidas (a Muy Tóxicos, Tóxicos; Carcinogénicos, Mutagénicos o Tóxicos para la reproducción cat. 1 ó 2).

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

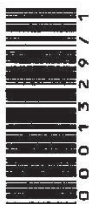
1 DATOS DEL SERVICIO BIOCIDA Y DE SU REPRESENTACIÓN			
RAZÓN SOCIAL			CIF
CÓDIGO DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTO Y SERVICIO BIOCIDAS EN COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ORIGEN			
DOMICILIO		PÁGINA WEB	
MUNICIPIO		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE			NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
MUNICIPIO		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 SERVICIOS BIOCIDAS
TIPO DE SERVICIO BIOCIDA: ☐ Servicios a terceros. ☐ Servicios de carácter corporativo.

3 ÁMBITO DE ACTUACIÓN
☐ Ambiental. ☐ Industria alimentaria. ☐ Prevención y control de la legionelosis. ☐ Tratamientos de la madera. ☐ Otros:

4 PELIGROSIDAD DE LOS BIOCIDAS
Seleccionar de cada apartado, si procede, la categoría máxima de peligrosidad de los biocidas que se utilicen en tratamientos en Andalucía: (en cada uno de los siguientes apartados, las categorías van de mayor a menor peligrosidad). a) ☐ Explosivo ☐ Comburente b) ☐ Extremadamente inflamable ☐ Fácilmente inflamable ☐ Inflamable c) ☐ Muy tóxico ☐ Tóxico ☐ Nocivo d) ☐ Corrosivo ☐ Irritante e) ☐ Carcinógeno, Mutágeno y/o Tóxico para la reproducción: ☐ Categorías 1 ó 2 ☐ Categoría 3 f) ☐ Sensibilizante g) ☐ Peligroso para el Medio Ambiente

5 TIPOS Y GRUPOS DE LOS BIOCIDAS
Grupo principal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Tipo biocida: ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 ☐ 11 ☐ 14 ☐ 18 ☐ 19 ☐ Otros tipos:

NOTA: La solicitud se presentará preferentemente en la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud.

REVERSO ANEXO II

6	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
GENÉRICA: ☐ CIF de la entidad solicitante. ☐ Documentación acreditativa de la representación que ostenta y de la personalidad física o jurídica de la entidad. ☐ Plan de Actuaciones: ☐ Memoria descriptiva de las actividades a realizar en Andalucía. ☐ Identificación de los responsables técnicos de la actividad en Andalucía: Currículo profesional, acreditación de la capacitación profesional necesaria, contrato de trabajo o documento acreditativo de la vinculación profesional con la entidad solicitante. ☐ Relación de todo el personal dedicado a los tratamientos con biocidas en Andalucía, acreditación de su capacitación y contratos de trabajo o documentación acreditativa de la vinculación profesional con la entidad solicitante. ☐ Modo de transporte y de almacenamiento de los biocidas que se van a utilizar. ☐ Descripción de la gestión de los residuos peligrosos que se generen, en su caso, y destino final de los mismos. ☐ Documento de aceptación del gestor autorizado, para el correcto tratamiento de los residuos peligrosos, si procede. ☐ Medidas de protección individuales o colectivas para prevención del riesgo laboral y medioambiental. ☐ Etiquetas y fichas de datos de seguridad de los biocidas u otros productos químicos a utilizar en los tratamientos. ☐ Solicitud de la diligencia de apertura del Libro Oficial de Movimientos Biocidas de Andalucía, en su caso. ☐ Propuesta de modelo de hoja de diagnóstico y certificado de tratamiento, en su caso, según lo dispuesto en la normativa vigente en materia de control sanitario de plagas. ☐ Resolución/es de inscripción/es en el/los Registro/s Oficial/es de Establecimientos y Servicios Biocidas de la Comunidad Autónoma, donde estén inscritos. ESPECÍFICA PARA LA RENOVACIÓN DEL RECONOCIMIENTO SANITARIO E INSCRIPCIÓN EN EL CENSO DE SERVICIOS BIOCIDAS RECONOCIDOS DE ANDALUCÍA: ☐ Declaración responsable de que el servicio se ajusta a la documentación presentada y a la normativa vigente de aplicación.	
7	CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE ☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. ☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.
8	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta. SE COMPROMETE a solicitar autorización de modificación para los cambios sustanciales en la actividad y a comunicar otros cambios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto de regulación y SOLICITA sea concedido el reconocimiento sanitario e inscripción en el Censo de Servicios Biocidas Reconocidos de Andalucía o, en su caso, la renovación, modificación o extinción de la misma. En a de de EL/LA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD Fdo.:
ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN	
PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreto/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, al fichero BIOCIDAS Y PRODUCTOS QUÍMICOS. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad servir de soporte a los procedimientos administrativos relativos a la comercialización, formación y utilización de biocidas químicos en Andalucía De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Salud Pública y Participación. Avda de la Innovación s/n. Edif. Arena, 1 41020-SEVILLA.	

0001329/1

ANEXO III

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS O CERTIFICADOS PARA EL EJERCICIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA DE PROFESIONES DEL SECTOR SANITARIO

- ☐ TÉCNICO ESPECIALISTA:
- ☐ DE LABORATORIO ☐ DE RADIODIAGNÓSTICO ☐ DE RADIOTERAPIA
- ☐ DE SALUD AMBIENTAL ☐ DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN ☐ EN MEDICINA NUCLEAR
- ☐ EN ANATOMÍA PATOLÓGICA-CITOLOGÍA
- ☐ HIGIENISTA DENTAL
- ☐ PROTÉSICO DENTAL
- ☐ AUXILIAR DE ENFERMERÍA

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			N.I.F. / N° PASAPORTE
NACIONALIDAD		DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN	
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

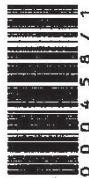
2 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA
☐ Título/s académico/s y, en su caso, profesionales, cuya verificación se solicita. Cuando el título/s haya/n sido expedido/s por un Estado de la Unión Europea, en el que no se encuentre regulada la correspondiente profesión, se acompañará certificación de haber ejercido de forma legal y efectiva la misma en dicho Estado, o en otro comunitario que tampoco la regule, durante dos años a tiempo completo dentro de los diez años anteriores a la solicitud, con expresión del contenido concreto de tal ejercicio profesional. ☐ Certificación de los estudios realizados para la obtención del/de los Título/s, a que se refiere el apartado anterior, en la que debe constar su duración en años académicos y las materias cursadas con su carga lectiva teórica y práctica. ☐ Cuando el interesado/a no haya adquirido su formación principalmente en Estados de la Unión Europea, o cuando el Estado miembro de origen o procedencia haya reconocido el título expedido en un país tercero, se acompañará certificado de que el interesado/a ha ejercido legal y efectivamente la correspondiente profesión durante un período mínimo de tres años en dicho Estado miembro de la Unión Europea. ☐ Certificación de la autoridad competente del Estado miembro de origen o de procedencia en la que se acredite que el/la interesado/a no se encuentra inhabilitado/a para el ejercicio profesional. Esta certificación no tendrá validez si no es presentada dentro de los tres meses siguientes a la fecha de su expedición.

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. ☐ NO CONSENTIE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que reúno los requisitos establecidos y al amparo del Real Decreto 1396/95, de 4 de agosto y Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía /1999, de de Y SOLICITO el reconocimiento del Título interesado. En a de de EL/LA SOLICITANTE Fdo.:

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE SALUD

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresto/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, al fichero ACREDITACIÓN DE TÍTULOS OBTENIDOS EN ESPAÑA, o en su caso RECONOCIMIENTO DE TÍTULOS OBTENIDOS EN LA UNIÓN EUROPEA. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad servir de soporte a los procedimientos administrativos relativos a la comercialización, formación y utilización de biocidas químicos en Andalucía De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Salud Pública y Participación. Avda de la Innovación s/n. Edif. Arena, 1 41020-SEVILLA.



ANEXO IV

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

PARA HABILITACIÓN PROFESIONAL:

- ☐ HIGIENISTA DENTAL
☐ PROTÉSICO DENTAL

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			N.I.F. / N° PASAPORTE
NACIONALIDAD	DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
MUNICIPIO	PROVINCIA	C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
☐ Boletines de cotización a la Seguridad Social o certificación de dichas cotizaciones expedido por la correspondiente Entidad Gestora.
☐ Documentación que acredite el tiempo de ejercicio profesional y la fecha de su inicio (contrato de trabajo, parte de alta en el régimen de trabajadores autónomos).
☐ En el caso de los Higienistas dentales, certificación de las funciones desempeñadas, expedida por el Odontólogo o Estomatólogo, visado por el Director Gerente del Centro (cuando el ejercicio profesional se hubiera desarrollado en centros sanitarios de titularidad pública), ó por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos (cuando el ejercicio profesional se hubiera desarrollado en centros sanitarios de titularidad privada).

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que reúno los requisitos establecidos y al amparo de la Orden del Ministerio de la Presidencia, de 14 de mayo de 1997, por la que se desarrolla la Disposición Transitoria Primera del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, y en el Decreto /1999, de de, en relación con la profesión de Y SOLICITO la concesión del Certificado de Habilitación Profesional interesado. En a de de EL/LA SOLICITANTE Fdo.:

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE SALUD

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresto/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, al fichero HABILITACIÓN DE HIGIENISTAS DENTALES, o en su caso, HABILITACIÓN DE PROTÉSICOS DENTALES, dependiendo del objeto del procedimiento. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad servir de soporte a los procedimientos administrativos relativos a la comercialización, formación y utilización de biocidas químicos en Andalucía De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Salud Pública y Participación. Avda de la Innovación s/n. Edif. Arena, 1 41020-SEVILLA

ANVERSO

Hoja 1 de 4

ANEXO V

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

SOLICITUD

☐ INSTALACIÓN ☐ FUNCIONAMIENTO ☐ RENOVACIÓN ☐ AUTORIZACIÓN DE CIERRE ☐ MODIFICACIÓN

Decreto / de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO			
DENOMINACIÓN			CIF
DIRECCIÓN			N.I.C.A. (1)
MUNICIPIO	PROVINCIA		C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 DATOS DEL/DE LA TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA TITULAR/ES			NIF/CIF
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO			NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD			
MUNICIPIO	PROVINCIA		C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA: ☐ Acreditación de la representación que ostenta. B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA (2): ☐ Memoria descriptiva del centro o establecimiento. ☐ Planos a escala expresivos de la distribución y dimensiones de las distintas dependencias y ubicación de su equipamiento e instalaciones. ☐ Cuestionario de garantía de adaptación y adecuación del proyecto a los requisitos establecidos en el Anexo III del Decreto. ☐ Otro/s (especificar): C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE OFERTA ASISTENCIAL Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA (2): ☐ Contenido de la publicidad prevista para el centro, en su caso. ☐ Licencia de obras, en su caso. ☐ Certificación, suscrita por la dirección técnica de la obra, de su finalización y del cumplimiento de las normas exigibles en materia de construcción, instalaciones y seguridad, en su caso. ☐ Organigrama del centro. ☐ Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio. ☐ Plan funcional global del centro y de las unidades que lo integran. D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE: ☐ Memoria justificativa del proyecto de cierre. ☐ Memoria de las fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad. ☐ Análisis de la repercusión del cierre sobre las prestaciones sanitarias proporcionadas mediante el convenio o concierto. E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD: ☐ Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso.

(1) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar sólo en caso de modificación o renovación).

(2) En los supuestos de modificación por cambio de estructura se exige la documentación específica que figura en los apartados B y C.



REVERSO

Hoja 1 de 4

ANEXO V

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

- ☐ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
- ☐ **NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/La abajo firmante **DECLARA** responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:

- ☐ El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.

Y **SOLICITA** la concesión de la autorización administrativa del centro, servicio o establecimiento con las características detalladas en la presente solicitud.

En a de de
EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

- ☐ ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (en caso de centros de internamiento).
- ☐ ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD EN
(en los demás casos).

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero S.I.C.E.S.S. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la inscripción de todos los centros y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, S/N. Edif. Arena 1. 41071 - SEVILLA

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES

Marque con una "X" las unidades del centro

- ☐ U.1 Medicina General / de Familia
☐ U.2 Enfermería
☐ U.3 Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona)
☐ U.4 Podología
☐ U.5 Vacunación
☐ U.6 Alergología
☐ U.7 Cardiología
☐ U.8 Dermatología
☐ U.9 Aparato Digestivo
☐ U.10 Endocrinología
☐ U.11 Nutrición y Dietética
☐ U.12 Geriatria
☐ U.13 Medicina Interna
☐ U.14 Nefrología
☐ U.15 Diálisis
☐ U.16 Neumología
☐ U.17 Neurología
☐ U.18 Neurofisiología
☐ U.19 Oncología
☐ U.20 Pediatría
☐ U.21 Cirugía Pediátrica
☐ U.22 Cuidados Intermedios Neonatales
☐ U.23 Cuidados Intensivos Neonatales
☐ U.24 Reumatología
☐ U.25 Obstetricia
☐ U.26 Ginecología
☐ U.27 Inseminación Artificial
☐ U.28 Fecundación in vitro
☐ U.29 Banco de Semen
☐ U.30 Laboratorio de Semen para Capacitación Espermática
☐ U.31 Banco de Preembriones
☐ U.32 Recuperación de Oocitos
☐ U.33 Planificación Familiar
☐ U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo
☐ U.34.1 I.V.E. menos de 12 semanas
☐ U.34.2 I.V.E. más de 12 semanas
☐ U.35 Anestesia y Reanimación
☐ U.36 Tratamiento del Dolor
☐ U.37 Medicina Intensiva
☐ U.38 Quemados
☐ U.39 Angiología y Cirugía Vascular
☐ U.40 Cirugía Cardíaca
☐ U.41 Hemodinámica
☐ U.42 Cirugía Torácica
☐ U.43 Cirugía General y Digestivo
☐ U.44 Odontología/Estomatología
☐ U.45 Cirugía Maxilofacial
☐ U.46 Cirugía Plástica y reparadora

- ☐ U.47 Cirugía Estética
☐ U.48 Medicina Estética
☐ U.49 Neurocirugía
☐ U.50 Oftalmología
☐ U.51 Cirugía Refractiva
☐ U.52 Otorrinolaringología
☐ U.53 Urología
☐ U.54 Litotricia renal
☐ U.55 Traumatología y Cirugía Ortopédica
☐ U.56 Lesionados medulares
☐ U.57 Rehabilitación
☐ U.58 Hidrología
☐ U.59 Fisioterapia
☐ U.60 Terapia Ocupacional
☐ U.61 Logopedia
☐ U.62 Foniatria
☐ U.63 Cirugía Mayor Ambulatoria
☐ U.64 Cirugía Menor Ambulatoria
☐ U.65 Hospital de Día
☐ U.66 Atención Sanitaria Domiciliaria
☐ U.67 Cuidados Paliativos
☐ U.68 Urgencias
☐ U.69 Psiquiatría
☐ U.70 Psicología Clínica
☐ U.71 Tratamiento Sanitario a Drogodependientes
☐ U.72 Obtención de Muestras
☐ U.73 Análisis Clínicos
☐ U.74 Bioquímica Clínica
☐ U.75 Inmunología
☐ U.76 Microbiología y Parasitología
☐ U.77 Anatomía Patológica
☐ U.78 Genética
☐ U.79 Hematología Clínica
☐ U.80 Laboratorio de Hematología
☐ U.81 Extracción de Sangre para Donación
☐ U.82 Servicio de Transfusión
☐ U.82.1 Bancos de sangre
☐ U.82.2 Depósitos de sangre
☐ U.83 Farmacia
☐ U.84 Depósito de medicamentos
☐ U.85 Farmacología Clínica
☐ U.86 Radioterapia
☐ U.87 Medicina Nuclear
☐ U.88 Radiodiagnóstico
☐ U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones
☐ U.90 Medicina Preventiva

- ☐ U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte
☐ U.92 Medicina Hiperbárica
☐ U.93 Extracción de Órganos
☐ U.94 Trasplante de Órganos
☐ U.95 Obtención de Tejidos
☐ U.96 Implantación de Tejidos
☐ U.97 Banco de Tejidos
☐ U.98 Medicina Aeronáutica
☐ U.99 Medicina del Trabajo
☐ U.100 Transporte Sanitario (carretera, aéreo, marítimo)
☐ U.100.1 Ambulancia no asistida (cuidados mínimos)
☐ U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico (medicalizables)
☐ U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado (medicalizada)
☐ U.100.4 Transporte sanitario colectivo
☐ U.100.5 Helicóptero
☐ U.101 Terapias no Convencionales
☐ U.101.1 Acupuntura
☐ U.101.2 Homeopatía
☐ U.900 Otras Unidades Asistenciales
☐ U.900.1 Psicología
☐ U.900.2 Telemedicina
☐ U.900.3 Gabinete optométrico

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

RELACIÓN DE PROFESIONALES	
	Nº Estables Nº Ocasionales
MEDICINA	
Medicina General	
Alergología	
Análisis Clínicos	
Anatomía Patológica	
Anestesiología y reanimación	
Angiología y cirugía vascular	
Aparato digestivo	
Bioquímica Clínica	
Cardiología	
Cirugía cardiovascular	
Cirugía general y del aparato digestivo	
Cirugía maxilofacial	
Cirugía pediátrica	
Cirugía plástica estética y reparadora	
Cirugía torácica	
Dermatología quirúrgica y venerología	
Endocrinología y nutrición	
Estomatología	
Farmacología clínica	
Geriatría	
Hematología y hemoterapia	
Hidrología médica	
Inmunología	
Medicina de la Educación Física y el Deporte	
Medicina del trabajo	
Medicina Espacial	
Medicina familiar y comunitaria	
Medicina Intensiva	
Medicina Interna	
Medicina Legal y Forense	
Medicina nuclear	
Medicina preventiva y salud pública	
Microbiología y parasitología	
Nefrología	
Neumología	
Neurocirugía	
Neurofisiología clínica	
Neurología	
Obstetricia y Ginecología	
Oftalmología	
Oncología Médica	
Oncología radioterápica	
Otorrinolaringología	
Pediatría y sus áreas específicas	
Psiquiatría	
Radiodiagnóstico	
Rehabilitación	
Reumatología	
Traumatología y cirugía ortopédica	
Urología	
ENFERMERÍA	
Enfermería	
Enfermería de Cuidados Especiales	
Enfermería de Salud Comunitaria	
Enfermería de Salud Mental	
Enfermería Geriátrica	
Enfermería pediátrica	
Enfermería obstetro-ginecología (matrona)	
Enfermería Laboral	
FARMACIA	
Farmacéutico	
Análisis clínico	
Farmacia Hospitalaria	
Farmacología Clínica	
Radiofarmacia	
Otras especialidades	
OTROS TITULADOS UNIVERSITARIOS	
Biólogo	
Diplomado en óptica y optometría	
Físico	
Fisioterapeuta	
Odontólogo	
Podólogo	
Psicólogo clínico	
Químico	
Titulado en logopedia	
Diplomado en nutrición humana y dietética	
Diplomado en terapia ocupacional	
Otros titulados	
FORMACIÓN PROFESIONAL	
Auxiliar de Clínica	
Técnico en Farmacia	
Protésico Dental	
Téc. Sup. anatomía patológica y citología	
Téc. Sup. Audioprótesis	
Téc. Sup. Dietética	
Téc. Sup. Higiene Bucodental	
Téc. Sup. imagen para el diagnóstico	
Téc. Sup. Laboratorio diagnóstico clínico	
Téc. Sup. Ortoprótesis	
Téc. Sup. en radioterapia	
Téc. Sup. en Salud Ambiental	
Otros	
PERSONAL NO SANITARIO	
Téc. Sup. óptica anteojería	
OTROS (especificar titulación)	
.....	
.....	
.....	
.....	

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

EQUIPAMIENTO				
TIPO ALTA TECNOLOGÍA	Nº (*)	MARCA	MODELO	FECHA FABRICACIÓN
Resonancia Magnética (RM)				
Gammacámara Convencional (GAM)				
Tomografía por Emisión de Fotones (SPECT)				
Tomografía por Emisión de Positrones (PET)				
Sala de Hemodinámica (HM)				
Angiografía por Sustracción Digital (ASD)				
Litotricia Extracorpórea (LIT)				
Bomba de Cobalto (BCO)				
Acelerador de Partículas (ALI)				
Tomografía Axial Computerizada (TAC)				
OTRAS TECNOLOGÍAS				
	Nº	MARCA	MODELO	FECHA FABRICACIÓN
Telemando				
Ecógrafo				
Portátil				
Ecocardio				
Holter				
Densitometría Ósea				
Mamógrafo				
Radiología Vascular				
Láser Oftalmológico				
Diálisis				
Radiología Convencional				

(*) Si el número a consignar de un determinado equipo es superior a uno, anote dicho número en la casilla correspondiente e indique los datos de marca, modelo y fecha de fabricación en un folio suplementario.

CAMAS	
	Nº
Camas para ingresos	
Camas no destinadas a ingresos	
Camas Polivalentes / Indistintas	
Incubadoras	

INSTALACIONES	
	Nº
Consultas de Urgencias	
Consultas Externas	
Salas de Rehabilitación (gimnasios)	
Paritorios	
Quirófanos	
Salas de Curas	
Salas de Esterilización	
Salas de Exploraciones Funcionales	

ANEXO VI

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CENTROS Y UNIDADES SANITARIAS

1 DATOS DEL CENTRO / UNIDAD SANITARIA			
CENTROS SANITARIOS: ☐ Hospital u otro centro con internamiento ☐ Centros y establecimientos extrahospitalarios: ☐ De atención primaria ☐ De especialidades ☐ De diagnóstico Nº IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO (NICA)		UNIDADES SANITARIAS: ☐ De gestión clínica ☐ De investigación ☐ De trasplantes	
DENOMINACIÓN / RAZÓN SOCIAL			CIF
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DEL DIRECTOR/A DEL CENTRO O UNIDAD			DNI
2 DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI / NIF
EN CALIDAD DE			
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
3 DATOS PARA LA ACREDITACIÓN			
FECHA DE AUTORIZACIÓN OTORGADA POR LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA SANITARIA (en caso de ser posterior a la entrada en vigor de la Resolución de 24 de julio de 2003, BOJA nº 153, de 11 de agosto).			
PROGRAMA DE ESTÁNDARES RESPECTO A LOS QUE SOLICITA ACREDITACIÓN			CÓDIGO CERTIFICACIÓN
4 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA			
☐ Poder bastante / nombramiento a favor del representante legal. ☐ Certificado de la entidad correspondiente respecto a los estándares.			
5 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE			
☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. ☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.			
6 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA			
SE SOLICITA certificado de acreditación de la calidad de centros o unidades sanitarias para el Centro / Unidad indicado en el apartado 1 de esta solicitud. En a de de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL Fdo.:			
ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.			
PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero S.I.C.E.S.S. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad su incorporación al Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y, consecuentemente, dar publicidad a la acreditación resultante. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, S/N. Edif. Arena 1. 41020 - SEVILLA.			



ANEXO VII

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA

1 DATOS PERSONALES DEL AUTOR DE LA DECLARACIÓN / SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI
FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	
2 DATOS PERSONALES DEL TESTIGO QUE FIRMA A SU RUEGO (1)			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI
3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA			
☐ Declaración de voluntad vital anticipada (Anexo VIII). ☐ Aceptación del representante y, en su caso, documento acreditativo de su personalidad (Anexo IX) ☐ Aceptación del sustituto del representante, y en su caso, documento acreditativo de su personalidad (Anexo X) ☐ En caso de menor emancipado, copia del documento judicial que autorice la emancipación. ☐ En caso de persona incapacitada judicialmente, resolución judicial de incapacitación.			
4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE			
☐ La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. ☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.			
5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA			
DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, AUTORIZO, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal: Primero.- La cesión de los datos de carácter personal contenidos en la declaración de voluntades vitales anticipadas al profesional médico responsable de su proceso. Segundo.- La cesión de dichos datos al Registro Nacional de Instrucciones Previas. SOLICITO la inscripción en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada que se acompaña, en los términos y con el alcance que se determina en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en el Decreto /, de de por el que se regula el citado Registro. ☐ Se solicita la expedición de copia certificada de la Declaración (marcar con "x" en su caso). En a de de EL SOLICITANTE O TESTIGO (1) Fdo.: Ante mí, constatada la personalidad y capacidad del autor. (2) (Sello) EL/LA ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA Fdo.: (1) A cumplimentar en el supuesto de que el autor de la declaración no supiere o no pudiere firmar. (2) Suscribir en los supuestos de presentación de solicitudes en los términos del artículo 4.1 del Decreto citado.			

SR/SRA. ENCARGADO/A DEL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA.
 DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad permitir el ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito ante la Viceconsejería de la Consejería de Salud.



JUNTA DE ANDALUCÍA**CONSEJERÍA DE SALUD****REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA****DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA**

Yo, D/D*,
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia
señalando a efectos de notificaciones el domicilio sito en
Localidad Provincia

MANIFIESTO que tengo conocimiento de que:

La Ley 5/2003, de 9 de octubre, por la que se regula la declaración de voluntad vital anticipada en Andalucía considera esta declaración como el cauce para el ejercicio del derecho de la persona a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de capacidad para consentir por sí misma.

En el marco de esta Ley, se entiende por declaración de voluntad vital anticipada (artículo 2) la manifestación escrita hecha por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.

En ejercicio de este derecho y declarando disponer de la capacidad para otorgar la presente declaración en los términos que prevé el artículo (1) de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.

Con plena capacidad de obrar, tras una serena y adecuada reflexión, y actuando libremente, formalizo, mediante este documento, mi declaración de voluntad vital anticipada, para lo cual

DECLARO**PRIMERO.- CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA**

Que para mi proyecto vital y en el marco de mi esquema personal de valores, la calidad de vida es un aspecto muy importante y esta calidad para mí está relacionada con unas capacidades personales que, a modo de ejemplo, podrían relacionarse con (2):

La capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita cierta autonomía para las actividades propias de la vida diaria.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

El hecho de no sufrir dolor intenso e invalidante que deteriore mi capacidad de relacionarme con los demás.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Mi preferencia por mantener una buena calidad de vida aunque eso suponga un acortamiento de mi vida.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Mi preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones ya irreversibles si no se dan unos mínimos definidos por los puntos anteriores de este apartado.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Otras (especificar si se desea).

.....
.....
.....
.....
.....

SEGUNDO.- SITUACIONES SANITARIAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO

Si en cualquier momento de mi vida futura y como consecuencia de un alto grado de deterioro físico y mental, me encuentro en una situación que me impide absolutamente tomar decisiones sobre mi cuidado sanitario y sobre los tratamientos y/o técnicas de soporte vital que se me fuesen a aplicar, provocado por cualquiera de las causas que a continuación se enuncian (2):

Daño cerebral severo e irreversible (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Enfermedad en fase muy avanzada y/o terminal, ya sea por cáncer diseminado en fase avanzada, por enfermedad degenerativa del sistema nervioso o neuromuscular en fase avanzada que no responde al tratamiento y que impide mi movilidad y mi capacidad de relación.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Demencia de causa degenerativa avanzada, grave e irreversible.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Otras enfermedades o situaciones graves e irreversibles, comparables a las anteriores, que afecten plenamente a mi calidad de vida.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Otras situaciones (especificar si se desea).

.....
.....
.....
.....

Y cuando, según el estado de la ciencia, no haya expectativas de recuperación sin que se produzcan secuelas que me impidan una vida digna, según yo la entiendo, y compatible con lo que he expresado en el apartado primero de esta declaración.

TERCERO.- INSTRUCCIONES QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA EN CUANTO A LAS ACTUACIONES SANITARIAS SOBRE MI PERSONA

Mi voluntad, en los supuestos contemplados en el apartado segundo de esta declaración, es la siguiente (2):

Deseo que no me sea aplicada ninguna de las medidas de soporte vital, reanimación o cualquier otra con el fin de prolongar mi supervivencia.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar al máximo el dolor, sufrimiento o angustia extrema, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

No deseo recibir ningún tratamiento o terapia que no haya demostrado su efectividad o no esté dirigida específicamente a aliviar mi dolor y/o sufrimiento.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Deseo que si llegada la circunstancia de tener que aplicar esta declaración estuviera embarazada, se mantenga el soporte vital necesario para mantener el feto con vida y en condiciones viables de nacer, siempre que las técnicas que me tengan que aplicar no le afecten negativamente.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el trance final de mi vida si ellos así lo manifestaran.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Deseo que se me garantice, sin perjuicio de lo anterior, la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

Otras (especificar si se desea).

.....
.....
.....

CUARTO.- INSTRUCCIONES UNA VEZ DETERMINADA MI MUERTE (2):

Deseo donar mis órganos para trasplantes en beneficio de otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

☐ Deseo donar el resto de mi cuerpo para la investigación o para la enseñanza universitaria, según lo dispuesto en la legislación vigente.

☐ Sí ☐ No ☐ No me pronuncio

QUINTO.- DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.2 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, designo como mi representante, para que me sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que éste proceda, a:

D/D^a

con DNI nº _____, nacido el día _____ de _____ de _____, con domicilio en _____

Localidad _____ Provincia _____

Con las siguientes limitaciones (especificar si se desea).

Deseo, asimismo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, designar como representante sustituto de éste, con las mismas atribuciones y limitaciones, a:

D/D^a

con DNI n° _____, nacido el día _____ de _____ de _____, con domicilio en _____

Localidad	Provincia
-----------	-----------

SEXTO.- CONSIDERACIONES FINALES

Por último, quiero dejar constancia de que esta declaración ha sido realizada libre y serenamente, con plena capacidad de obrar y con pleno conocimiento de los términos que aquí se expresan y que ésta es mi voluntad firme llegado el caso de tener que consultarse este documento para hacerlo efectivo.

Deseo expresar, finalmente, las siguientes consideraciones (cumplimentar si se desea).

0001007/1/A02

LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO (3):

En
a de de

Firma y rúbrica (4):

Fdo.:

(1) En este apartado caben consignarse dos alternativas:

- a) "Artículo 4.1". Deberá consignarse en caso de tratarse de mayores de edad o menores emancipados.
- b) "Artículo 4.2". Se consignará cuando se trate de incapacitados judicialmente que gocen de las facultades intelectivas y volitivas adecuadas, salvo que la resolución judicial de incapacitación determine otra cosa.

(2) Marcar con "X".

(3) Consignar la fecha con letra.

(4) El documento deberá ir firmado al final y rubricado en todas y cada una de sus hojas.

ANEXO IX

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA**ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE**

D/D*
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia CP
Teléfonos de contacto FAX
Correo electrónico

Acepto representar a :

D/D*
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia
en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos que proceda, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.2 de la Ley 5/2003 de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada para lo cual:

- ☐ Consiento para la consulta de mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad.
☐ No consiento y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

LUGAR Y FECHA (1):

En
a de de

Firma y rúbrica:

Fdo.:

(1) Consignar la fecha con letra.



ANEXO X

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA**ACEPTACIÓN DEL SUSTITUTO DEL REPRESENTANTE**

D/Dª
con DNI nº, nacido el día de de, con domicilio en
Localidad Provincia CP
Teléfonos de contacto FAX
Correo electrónico

Acepto sustituir a :

D/Dª
con DNI nº

- ☐ Consiento para la consulta de mis datos de identidad a través del sistema de verificación de identidad.
☐ No consiento y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

LUGAR Y FECHA (1):

En
a de de

Firma y rúbrica:

Fdo.:

(1) Consignar la fecha con letra.

