

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

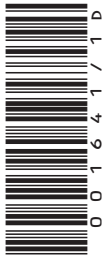
Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PREVIO DEL DERECHO A LA APLICACIÓN DE LAS DEDUCCIONES DE LA TASA POR ACTIVIDADES DE CONTROL E INSPECCIÓN SANITARIA EN MATADEROS, SALAS DE DESPIECE, INSTALACIONES DE TRANSFORMACIÓN DE LA CAZA Y SALAS DE TRATAMIENTO DE RESES DE LIDIA

Decreto de de (BOJA nº de fecha)

1 DEDUCCIONES
<p>MATADEROS:</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Sistemas de autocontrol evaluados.</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Sistemas de autocontrol evaluados en caso de integración en un sistema de gestión de la calidad.</p> <p>C) <input type="checkbox"/> Actividad planificada y estable.</p> <p>D) <input type="checkbox"/> Horario regular diurno.</p> <p>E) <input type="checkbox"/> Personal de apoyo.</p> <p>F) <input type="checkbox"/> Control e inspección ante mortem en la explotación ganadera de origen.</p> <p>G) <input type="checkbox"/> Apoyo instrumental al control oficial.</p> <p>SALAS DE DESPIECE, INSTALACIONES DE TRANSFORMACIÓN DE LA CAZA Y SALAS DE TRATAMIENTO DE RESES DE LIDIA:</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Sistemas de autocontrol evaluados.</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Sistemas de autocontrol evaluados en caso de integración en un sistema de gestión de la calidad.</p> <p>C) <input type="checkbox"/> Actividad planificada y estable.</p> <p>D) <input type="checkbox"/> Horario regular diurno.</p>

2 DATOS DEL SUJETO PASIVO		
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	NIF / CIF	
DOMICILIO SOCIAL	Nº RGSA	FECHA CONCESIÓN/CONVALIDACIÓN
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO INDUSTRIAL		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ACTIVIDAD QUE DESARROLLA		



3 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE		
NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	
EN CALIDAD DE		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO

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 AUTORIZACIÓN EXPRESA

- La persona abajo firmante **AUTORIZA**, como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico segura facilitada por la plataforma Notific@ de la Junta de Andalucía. (Para ello deberán disponer del certificado de usuario de firma electrónica reconocida)

6 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- Acreditación de la representación legal, en el caso de ser persona jurídica, (Copia autenticada de la escritura notarial de poder a favor de la persona solicitante).
- Informe favorable de la última supervisión completa del Sistema de Autocontrol de la empresa, realizado por los órganos de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía que realicen funciones de control.
- Documento acreditativo expedido por la empresa autorizada certificadora del sistema de gestión de la calidad, en el que conste que el sistema de gestión de la calidad y el sistema de autocontrol están integrados.
- Declaración del sujeto pasivo, de que va a notificar al Distrito/Área de Gestión Sanitaria la actividad de sacrificio que va a desarrollar (hora de inicio y hora de finalización) con una antelación de al menos 7 días hábiles.
- Declaración del sujeto pasivo de que el cien por cien de la actividad de la empresa que requiere la presencia de los órganos de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía que realicen funciones de control se realiza entre las 8 y las 22 horas, de lunes a viernes, en días laborales.
- Declaración del sujeto pasivo de disponer del personal necesario de apoyo al veterinario oficial para las funciones específicas de muestreo y ensayo recogidas en el Anexo I, Sección III, Capítulo III, punto B del Reglamento 2004/854/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril.
- Declaración del sujeto pasivo de que el control y la inspección ante mortem se realiza en la explotación ganadera de origen y no es necesario repetirla en el matadero, de conformidad con lo establecido en el Anexo I, Sección I, Capítulo II, punto B.5 del Reglamento 2004/854/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril.
- Declaración del sujeto pasivo de que pone a disposición de los órganos de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía que realicen funciones de control el equipamiento y material apropiado para llevar a cabo las actividades de control en las propias instalaciones.

7 DECLARACIÓN RESPONSABLE, SOLICITUD, 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 y **SOLICITA SE RESUELVA**, tras las oportunas comprobaciones y de conformidad con la normativa arriba reseñada, el reconocimiento previo del derecho a la aplicación de las siguientes deducciones:

- Sistemas de autocontrol evaluados.
- Sistemas de autocontrol evaluados en caso de integración en un sistema de gestión de la calidad.
- Actividad planificada y estable.
- Horario regular diurno.
- Personal de apoyo.
- Control e inspección ante mortem en la explotación ganadera de origen.
- Apoyo instrumental al control oficial.

En a de de

LA PERSONA SOLICITANTE

Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A H9FF+CF-5@DE LA CONSEJERÍA DE ÷ I 5@858ZSALUD MDC@H75G GC7-5@9G DE

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 ~~UXXZ~~ Salud y ~~D: tWg~~ SocialYg 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 parcialmente automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad agilizar y facilitar la tramitación administrativa del procedimiento para el reconocimiento previo del derecho a la aplicación de deducciones de la tasa por actividades de control e inspección sanitaria en mataderos, salas de despiece, instalaciones de transformación de la caza y salas de tratamiento de reses de lidia.

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 Delegación Territorial de la Consejería de ~~UXXZ~~ Salud y ~~D: tWg~~ SocialYg, que corresponda según el domicilio del establecimiento en el que se desarrolla la actividad sujeta a la tasa anteriormente citada.