

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Códigos procedimiento:1014; 1015;1021)

INSTRUMENTO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD EMPRESARIAL REGULADO EN EL ARTÍCULO 171.1.a) DE LA LEY 30/1992, DE 26 DE NOVIEMBRE, DE RÉGIMEN JURÍDICO BÁSICO DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO									
DENOMINACIÓN:								N.I.C.A. ⁽²⁾ :	
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:		
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:			PAÍS:		CÓD. POSTAL: 	
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:					
<small>(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar sólo en caso de modificación o renovación)</small>									

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL /DE LA REPRESENTANTE LEGAL										
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:								SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:								SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:										
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:			
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:			PAÍS:		CÓD. POSTAL: 		
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:						

3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA									
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).									
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.									
Correo electrónico:								Nº teléfono móvil:	
<small>(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones</small>									

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



BORRADOR 2

4	RELACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS QUE SE DECLARA RESPONSABLEMENTE HABER INFORMADO DE LA INCORPORACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CORRESPONDIENTES UNIDADES ASISTENCIALES AUTORIZADAS O EN CURSO, Y ACCESO POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA A SUS DATOS DE TITULACIÓN ACADÉMICA, DNI/NIE E INFORMACIÓN CONTENIDA PARA LA TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL										
	APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE	SEXO		ALTA/BAJA	FECHA	UNIDAD/ES ASISTENCIAL/ES	EJERCE DIRECCIÓN TÉCNICA	TITULACIÓN/ESPECIALIDAD	Nº COLEGIACIÓN Y COLEGIO PROFESIONAL	
M			H								

5	RELACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS QUE SE DECLARA RESPONSABLEMENTE HABER INFORMADO DE LA INCORPORACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CORRESPONDIENTES UNIDADES ASISTENCIALES AUTORIZADAS O EN CURSO, Y HAN DENEGADO EL ACCESO POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA A SUS DATOS DE TITULACIÓN ACADÉMICA, DNI/NIE E INFORMACIÓN CONTENIDA PARA LA TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL, POR LO QUE APORTA LA DOCUMENTACIÓN REFERIDA EN EL ARTÍCULO 35.1.f) DEL DECRETO										
	APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE	SEXO		ALTA/BAJA	FECHA	UNIDAD/ES ASISTENCIAL/ES	EJERCE DIRECCIÓN TÉCNICA	TITULACIÓN/ESPECIALIDAD	Nº COLEGIACIÓN Y COLEGIO PROFESIONAL	
M			H								

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR 2

6	DOCUMENTACIÓN			
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA:				
<input type="checkbox"/> Acreditación de la representación que ostenta.				
<input type="checkbox"/> Justificante del pago de las tasas.				
<input type="checkbox"/> En caso de persona jurídica, escritura de constitución y estatutos de la entidad.				
B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN (centro o establecimiento nuevo y modificación por cambio sustancial de estructura):				
<input type="checkbox"/> Memoria descriptiva del centro o establecimiento de acuerdo con lo previsto en el artículo 31.1.d) del Decreto Regulador.				
<input type="checkbox"/> Proyecto firmado por técnico competente.				
C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO (centro, servicio o establecimiento nuevo y modificación por cambio de oferta asistencial o por cambio de estructura):				
<input type="checkbox"/> Memoria descriptiva del centro o establecimiento de acuerdo con lo previsto en el artículo 34.1.d) del Decreto Regulador.				
<input type="checkbox"/> Planos definitivos del centro y declaración de finalización de obra, en caso de previa autorización de instalación.				
<input type="checkbox"/> Seguro de responsabilidad civil del centro				
<input type="checkbox"/> Certificado de los controles efectuados por una Unidad Técnica de Protección Radiológica en el supuesto de instalaciones de radiografía.				
<input type="checkbox"/> Certificación sobre los equipos electrónicos de baja tensión.				
<input type="checkbox"/> Acreditación de la inscripción en el Registro de Pequeños Productores de Residuos Peligrosos.				
<input type="checkbox"/> Contenido de la publicidad prevista para el centro.				
D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE:				
<input type="checkbox"/> Memoria justificativa del proyecto de cierre.				
E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD:				
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso.				
F) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA LA AUTORIZACIÓN ESPECIAL (centro, servicio o establecimiento para el desarrollo de actividades reguladas por el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio.				
<input type="checkbox"/> Se adjunta la documentación específica para el tipo de actividad exigida en el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio				
DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA				
Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:				
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES				
Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:				
	Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR 2

6	DERECHO DE OPOSICIÓN
El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición:	
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE. (En el caso de que la persona solicitante sea una persona física, no jurídica)
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de los datos de identidad de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporto copia del DNI/NIE.
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de los datos de titulación académica a través del Sistema de Verificación de Datos de Titulación, y aporto copia del Título correspondiente.

6	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
El/la abajo firmante SOLICITA , la correspondiente autorización administrativa referida al centro y DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:	
<input type="checkbox"/> El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.: _____	

- ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL TECNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS** (en caso de centros de internamiento)
- ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS** _____

(en los demás casos)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales son la Secretaria General Técnica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados y conservados para la gestión y tramitación de los expedientes relativos a las autorizaciones, declaraciones responsables y comunicaciones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su inscripción en el Registro de centros servicios y establecimientos sanitarios, todo ello en cumplimiento de las competencias que la Consejería de Salud y Familias tiene encomendadas en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y conforme a lo previsto en el artículo 29.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 62.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.</p> <p>d) Está prevista la cesión de estos datos al Ministerio de Sanidad.</p> <p>e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>
--

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS**RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES**

Marque con una "X" las unidades del centro

<input type="checkbox"/> U.1 Medicina General/de Familia	<input type="checkbox"/> U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo	<input type="checkbox"/> U.65 Hospital de Día
<input type="checkbox"/> U.2 Enfermería	<input type="checkbox"/> U.34.1 I.V.E. menos de 12 semanas	<input type="checkbox"/> U.66 Atención Sanitaria Domiciliaria
<input type="checkbox"/> U.3 Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona)	<input type="checkbox"/> U.34.2 I.V.E. más de 12 semanas	<input type="checkbox"/> U.67 Cuidados Paliativos
<input type="checkbox"/> U.4 Podología	<input type="checkbox"/> U.35 Anestesia y Reanimación	<input type="checkbox"/> U.68 Urgencias
<input type="checkbox"/> U.5 Vacunación	<input type="checkbox"/> U.36 Tratamiento del Dolor	<input type="checkbox"/> U.69 Psiquiatría
<input type="checkbox"/> U.6 Alergología	<input type="checkbox"/> U.37 Medicina Intensiva	<input type="checkbox"/> U.70 Psicología Clínica
<input type="checkbox"/> U.7 Cardiología	<input type="checkbox"/> U.38 Quemados	<input type="checkbox"/> U.71 Tratamiento Sanitario a Drogodependientes
<input type="checkbox"/> U.8 Dermatología	<input type="checkbox"/> U.39 Angiología y Cirugía Vasculat	<input type="checkbox"/> U.72 Obtención de Muestras
<input type="checkbox"/> U.9 Aparato Digestivo	<input type="checkbox"/> U.40 Cirugía Cardíaca	<input type="checkbox"/> U.73 Análisis Clínicos
<input type="checkbox"/> U.10 Endocrinología	<input type="checkbox"/> U.41 Hemodinámica	<input type="checkbox"/> U.74 Bioquímica Clínica
<input type="checkbox"/> U.11 Nutrición y Dietética	<input type="checkbox"/> U.42 Cirugía Torácica	<input type="checkbox"/> U.75 Inmunología
<input type="checkbox"/> U.12 Geriátria	<input type="checkbox"/> U.43 Cirugía General y Digestivo	<input type="checkbox"/> U.76 Microbiología y Parasitología
<input type="checkbox"/> U.13 Medicina Interna	<input type="checkbox"/> U.44 Odontología/Estomatología	<input type="checkbox"/> U.77 Anatomía Patológica
<input type="checkbox"/> U.14 Nefrología	<input type="checkbox"/> U.45 Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/> U.78 Genética
<input type="checkbox"/> U.15 Diálisis	<input type="checkbox"/> U.46 Cirugía Plástica y Reparadora	<input type="checkbox"/> U.79 Hematología Clínica
<input type="checkbox"/> U.16 Neumología	<input type="checkbox"/> U.47 Cirugía Estética	<input type="checkbox"/> U.80 Laboratorio de Hematología
<input type="checkbox"/> U.17 Neurología	<input type="checkbox"/> U.48 Medicina Estética	<input type="checkbox"/> U.80.1 laboratorio de histocompatibilidad.
<input type="checkbox"/> U.18 Neurofisiología	<input type="checkbox"/> U.49 Neurocirugía	<input type="checkbox"/> U.81 Extracción de Sangre para Donación
<input type="checkbox"/> U.19 Oncología	<input type="checkbox"/> U.50 Oftalmología	<input type="checkbox"/> U.82 Servicio de Transfusión
<input type="checkbox"/> U.20 Pediatría	<input type="checkbox"/> U.51 Cirugía Refractiva	<input type="checkbox"/> U.82.1 Bancos de Sangre
<input type="checkbox"/> U.21 Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/> U.52 Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/> U.82.2. Depósitos de sangre
<input type="checkbox"/> U.22 Cuidados Intermedios Neonatales	<input type="checkbox"/> U.53 Urología	<input type="checkbox"/> U.83 Farmacia
<input type="checkbox"/> U.23 Cuidados Intensivos Neonatales	<input type="checkbox"/> U.54 Litotricia	<input type="checkbox"/> U.84 Depósito de medicamentos
<input type="checkbox"/> U.24 Reumatología	<input type="checkbox"/> U.55 Traumatología y Cirugía Ortopédica	<input type="checkbox"/> U.85 Farmacología Clínica
<input type="checkbox"/> U.25 Obstetricia	<input type="checkbox"/> U.56 Lesionados medulares	<input type="checkbox"/> U.86 Radioterapia
<input type="checkbox"/> U.26 Ginecología	<input type="checkbox"/> U.57 Rehabilitación	<input type="checkbox"/> U.87 Medicina Nuclear
<input type="checkbox"/> U.27 Inseminación Artificial	<input type="checkbox"/> U.58 Hidrología	<input type="checkbox"/> U.88 Radiodiagnóstico
<input type="checkbox"/> U.28 Fecundación in vitro	<input type="checkbox"/> U.59 Fisioterapia	<input type="checkbox"/> U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones
<input type="checkbox"/> U.29 Banco de Semen	<input type="checkbox"/> U.60 Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> U.90 Medicina Preventiva
<input type="checkbox"/> U.30 Laboratorio de Semen para Capacitación Espermática	<input type="checkbox"/> U.61 Logopedia	<input type="checkbox"/> U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte
<input type="checkbox"/> U.31 Banco de Preembriones	<input type="checkbox"/> U.62 Foniátria	<input type="checkbox"/> U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte
<input type="checkbox"/> U.32 Recuperación de Oocitos	<input type="checkbox"/> U.63 Cirugía Mayor Ambulatoria	<input type="checkbox"/> U.92 Medicina Hiperbárica
<input type="checkbox"/> U.33 Planificación Familiar	<input type="checkbox"/> U.64 Cirugía Menor Ambulatoria	

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR 2

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES

Marque con una "X" las unidades del centro

U.93 OBTENCIÓN ÓRGANOS

- Riñon
 - Donante vivo Donante cadáver
 - Adulto Infantil
 - Hígado
 - Donante vivo Donante cadáver
 - Adulto Infantil
 - Corazon
 - Adulto Infantil
 - Pulmón
 - Adulto Infantil
 - Páncreas
 - Adulto Infantil
 - Intestino
 - Adulto Infantil
 - otros
- Especificar _____

U.94 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- Riñon
 - Donante vivo Donante cadáver
 - Adulto Infantil
- Hígado
 - Donante vivo Donante cadáver
 - Adulto Infantil
- Corazón
 - Adulto Infantil
- Pulmón
 - Adulto Infantil
- Páncreas
 - Adulto Infantil
- Intestino
- Otros (especificar)

U.95 OBTENCIÓN DE TEJIDOS

- Osteotendinoso
 - Donante vivo Donante cadáver
- Condrocitos
 - Donante vivo Donante cadáver
- Tejido óseo humano liofilizado y/o desmineralizado
 - Donante vivo Donante cadáver
- Matriz dérmica acelular
 - Donante vivo Donante cadáver

U.95 OBTENCIÓN DE TEJIDOS (continuación)

- Córneas
- Esclera
- Limbo
- Membrana amniótica
 - Donante vivo Donante cadáver
- Vasos
- Válvulas
- Paratiroides
 - Donante vivo Donante cadáver
- Piel
 - Donante vivo Donante cadáver
- Semen
 - Donante vivo Donante cadáver
- Ovario
 - Donante vivo Donante cadáver
- Adiposo
 - Donante vivo Donante cadáver
- Tejido cordón umbilical
 - Donante vivo Donante cadáver
- Ocular
- Progenitores hemapoyéticos médula ósea
 - Autólogo Alogénico
 - Adulto Infantil
- Progenitores hematopoyéticos sangre cordón umbilical
- Otros (especificar)

U. 96 IMPLANTE DE TEJIDOS

- Osteotendinoso
 - Donante vivo Donante cadáver
- Condrocitos
 - Donante vivo Donante cadáver
- Tejido óseo humano liofilizado y/o desmineralizado
 - Donante vivo Donante cadáver
- Matriz dérmica acelular
 - Donante vivo Donante cadáver
- Córneas
- Esclera
- Limbo
- Membrana amniótica
 - Donante vivo Donante cadáver

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS	
RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES	
Marque con una "X" las unidades del centro	
<input type="checkbox"/> U. 96 IMPLANTE DE TEJIDOS (continuación) <input type="checkbox"/> Vasos <input type="checkbox"/> Válvulas <input type="checkbox"/> Paratioides <input type="checkbox"/> Donante vivo <input type="checkbox"/> Donante cadáver <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Donante vivo <input type="checkbox"/> Donante cadáver <input type="checkbox"/> Semen <input type="checkbox"/> <u>Donante vivo</u> <input type="checkbox"/> <u>Donante cadáver</u> <input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Donante vivo <input type="checkbox"/> Donante cadáver <input type="checkbox"/> Adiposo <input type="checkbox"/> Donante vivo <input type="checkbox"/> <u>Donante cadáver</u> <input type="checkbox"/> Tejido cordón umbilical <input type="checkbox"/> Donante vivo <input type="checkbox"/> Donante cadáver <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Progenitores hematopoyéticos <input type="checkbox"/> Autólogo <input type="checkbox"/> Alogénico <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> infantil <input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 97. BANCO DE TEJIDOS (continuación) <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Membrana Amniótica <input type="checkbox"/> Células T <input type="checkbox"/> Células MNC (mononucleares) <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <hr/> <input type="checkbox"/> U.98 medicina Aeronáutica <input type="checkbox"/> U.99 Medicina del Trabajo <input type="checkbox"/> U.100 Transporte Sanitario (Carretera, aéreo, marítimo) <input type="checkbox"/> U.100.1 Ambulancia no asistida (cuidados mínimos) <input type="checkbox"/> U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico (medicalizables) <input type="checkbox"/> U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado (medicalizada) <input type="checkbox"/> U.100.4 Transporte sanitario colectivo <input type="checkbox"/> U.100.105 Helicóptero <input type="checkbox"/> U.101 Terapias no convencionales <input type="checkbox"/> U.101.1 Mediante técnicas de estimulación periférica con agujas <input type="checkbox"/> U.101.2. Homeopatía <input type="checkbox"/> U.900 Otras Unidades Asistenciales <input type="checkbox"/> U.900.1 Psicología sanitaria <input type="checkbox"/> U.900.2 Tiemedicina <input type="checkbox"/> Gabinete optométrico <input type="checkbox"/> U.900.4. Atención infantil temprana
<input type="checkbox"/> 97. BANCO DE TEJIDOS <input type="checkbox"/> Obtención/preservación/Procesamiento/Almacenamiento <input type="checkbox"/> Semen <input type="checkbox"/> Ovarios <input type="checkbox"/> Progenitores hematopoyéticos médula ósea <input type="checkbox"/> Autólogo <input type="checkbox"/> Alogénico <input type="checkbox"/> Progenitores hematopoyéticos sangre periférica <input type="checkbox"/> Autólogo <input type="checkbox"/> Alogénico <input type="checkbox"/> Progenitores hematopoyéticos sangre cordón umbilical <input type="checkbox"/> Válvulas <input type="checkbox"/> Vasos <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Cartílago <input type="checkbox"/> Paratiroides <input type="checkbox"/> Tendones y ligamentos <input type="checkbox"/> Córneas <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Condrocitos <input type="checkbox"/> Adiposo	

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
Ecocardiografía
Holter
Densitometría Ósea
Mamógrafo
Radiología Vasculatura
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

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

DECLARACIÓN RESPONSABLE (Códigos procedimiento:24224; 24225)

- RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.
- CIERRE DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO							
DENOMINACIÓN:						N.I.C.A. (2):	
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar sólo en caso de modificación o renovación)							

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL /DE LA REPRESENTANTE LEGAL							
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:							
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA	
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).	
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.	
Correo electrónico:	Nº teléfono móvil:
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones	

4 TIPOLOGÍA DE CENTRO/SERVICIO/ESTABLECIMIENTO SANITARIO	
<input type="checkbox"/> C.2.1 Consulta médicas	<input type="checkbox"/> C.2.5.90 Otros centros especializados
<input type="checkbox"/> C.2.2. Consuldas de otros profesionales	<input type="checkbox"/> E.3 Ópticas
<input type="checkbox"/> C.2.4. Centros polivalentes que no tengan la U.44	<input type="checkbox"/> E.4. Ortopedias
<input type="checkbox"/> C.2.5.10 Centros de reconocimiento	<input type="checkbox"/> E.5 Establecimientos de audioprótesis



BORRADOR

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR

5 DECLARACIÓN RESPONSABLE

En caso de Renovación de la autorización de funcionamiento, declaro bajo mi responsabilidad

- 1. Cumplir los requisitos establecidos en el Decreto por el que se regulan las condiciones de funcionamiento, los procedimientos de autorización, declaración responsable y comunicación previa y el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como los procedimientos relativos a las licencias de funcionamiento a personas fabricantes de productos sanitarios a medida, y su normativa de desarrollo.
- 2. Disponer de la documentación que acredita el cumplimiento de los citados requisitos, poniéndola a disposición de la Administración cuando sea requerido para ello.
- 3. Que se compromete a mantener el cumplimiento de dichos requisitos durante el periodo de su renovación, notificando cualquier cambio o modificación que se produzca conforme a los procedimientos establecidos en el Decreto Decreto por el que se regulan las condiciones de funcionamiento, los procedimientos de autorización, declaración responsable y comunicación previa y el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como los procedimientos relativos a las licencias de funcionamiento a personas fabricantes de productos sanitarios a medida.
- 4. Que presenta esta declaración responsable con carácter previo a los tres meses a la fecha de finalización de la vigencia de la autorización de funcionamiento.
- 5. Que con relación a la autorización de funcionamiento cuya renovación se solicita mediante la presente declaración responsable, no se ha realizado ninguna modificación en la estructura del centro, en su oferta asistencial, equipamiento o titularidad.
- 6. Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a la presente declaración responsable, o la no presentación de la documentación que le sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiere lugar.

En caso de Cierre, declaro bajo mi responsabilidad.

- 1. Que se va a proceder a finalizar de modo definitivo la actividad de centro autorizado, estando en posesión de la siguiente documentación que será puesta a disposición de la Administración a su requerimiento:
 - Memoria justificativa del cierre, con expresión de sus causas, fases y forma secuencial de supresión de actividad.
 - Conservación de la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 - Cumplimiento de la restante normativa que resulte de aplicación por las instalaciones y equipamientos del centro, servicio o establecimiento sanitario.
- 2. Comunicará cualquier cambio o modificación que se produzca en los datos contenidos en la presente declaración responsable.
- 3. Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a la presente declaración responsable, o la no presentación de la documentación que le sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiere lugar.

6 OBSERVACIONES

7 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/la abajo firmante **DECLARA** responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como que centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____

ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL TECNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS (en caso de centros de internamiento)

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS

(en los demás casos)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales son la Secretaría General Técnica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados y conservados para la gestión y tramitación de los expedientes relativos a las autorizaciones, declaraciones responsables y comunicaciones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su inscripción en el Registro de centros servicios y establecimientos sanitarios, todo ello en cumplimiento de las competencias que la Consejería de Salud y Familias tiene encomendadas en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y conforme a lo previsto en el artículo 29.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 62.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- d) Está prevista la cesión de estos datos al Ministerio de Sanidad.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

COMUNICACIÓN DE INICIO DE ACTIVIDAD DE CENTRO MÓVIL DE ASISTENCIA SANITARIA. (Código procedimiento: 24226)

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO MÓVIL			
MARCA	MODELO	MATRICULA	Nº DE BASTIDOR
FECHA PREVISTA INICIO DE ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD DE ANDALUCIA		TERRITORIO DONDE SE VA A DESARROLLA LA ACTIVIDAD	
OFERTA ASISTENCIAL			

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL /DE LA REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO MÓVIL			
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:			
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:
			PORTAL:
			ESCALERA:
			PLANTA:
			PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:		PROVINCIA:	PAÍS:
			COD. POSTAL: [][][][][][]
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:	

3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.
Correo electrónico: N° teléfono móvil:
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones

4 DATOS DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO O DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PROCEDENCIA	
COMUNIDAD AUTÓNOMA	CONSEJERÍA
DIRECCIÓN GENERAL/ ORGANISMO	REFª AUTORIZACIÓN
FECHA RESOLUCIÓN	FECHA VENCIMIENTO AUTORIZACIÓN



BORRADOR

6	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>El/la abajo firmante DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que el centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.</p> <p><input type="checkbox"/> El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.</p> <p style="text-align: center;">En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>	

- ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL TECNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS** (en caso de centros de internamiento)
 - ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS**
- (en los demás casos)

Código Directorío Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales son la Secretaría General Técnica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados y conservados para la gestión y tramitación de los expedientes relativos a las autorizaciones, declaraciones responsables y comunicaciones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su inscripción en el Registro de centros servicios y establecimientos sanitarios, todo ello en cumplimiento de las competencias que la Consejería de Salud y Familias tiene encomendadas en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y conforme a lo previsto en el artículo 29.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 62.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.</p> <p>d) Está prevista la cesión de estos datos al Ministerio de Sanidad.</p> <p>e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>
--

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

**COMUNICACIÓN DE VARIACIÓN DE LA PLANTILLA SIN MODIFICACIÓN DE LA OFERTA ASISTENCIAL.
(Código procedimiento:24227)**

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO							
DENOMINACIÓN:							N.I.C.A. (2):
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:							
NUMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NUMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				
(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar solo en caso de modificación o renovación)							

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL /DE LA REPRESENTANTE LEGAL							
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:							
NUMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:		NUMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:				

3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA	
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).	
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.	
Correo electrónico:	Nº teléfono móvil:
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones	



BORRADOR

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

7	OBSERVACIONES

8	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>El/la abajo firmante DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y el centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.</p> <p style="text-align: center;">En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Fdo.: _____</p>	

- ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL TECNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS** (en caso de centros de internamiento)
 - ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS**
- (en los demás casos)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales son la Secretaría General Técnica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados y conservados para la gestión y tramitación de los expedientes relativos a las autorizaciones, declaraciones responsables y comunicaciones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su inscripción en el Registro de centros servicios y establecimientos sanitarios, todo ello en cumplimiento de las competencias que la Consejería de Salud y Familias tiene encomendadas en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y conforme a lo previsto en el artículo 29.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 62.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.</p> <p>d) Está prevista la cesión de estos datos al Ministerio de Sanidad.</p> <p>e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>
--



BORRADOR

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

SOLICITUD

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO A FABRICANTES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA (Código procedimiento: 22724)

- LICENCIA INICIAL
REVALIDACIÓN DE LA LICENCIA
MODIFICACIÓN DE LA LICENCIA (*)
CAMBIO DE TITULARIDAD
CAMBIO DE RESPONSABLE/S TÉCNICO/S
SUBCONTRATACIÓN DE NUEVAS EMPRESAS
NUEVAS LÍNEAS DE FABRICACIÓN
MODIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LAS INSTALACIONES

(*) Marque la modificación o modificaciones que desee solicitar

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA REPRESENTANTE
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: SEXO: DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE, EN SU CASO: SEXO: DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:
NÚMERO: LETRA: KM EN LA VÍA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN: PROVINCIA: PAÍS: CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO: NÚMERO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:

2 DATOS DE LA INSTALACIÓN/TALLER DE FABRICACIÓN
TALLER ORTOPROTÉSICO LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL OTROS
Nº LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO (Solo para revalidación y modificación)
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:
NÚMERO: LETRA: KM EN LA VÍA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN: PROVINCIA: PAÍS: CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO: NÚMERO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:

3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.
Correo electrónico: Nº teléfono móvil:
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar mas información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



BORRADOR

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR

4	DOCUMENTACIÓN		
<input type="checkbox"/>	1. Documento acreditativo de la personalidad de la persona solicitante y, en su caso, de la representación que ostente. Si la persona solicitante es una persona jurídica, deberá adjuntar una copia de los estatutos de la sociedad.		
<input type="checkbox"/>	2. Documento justificativo del abono de las correspondientes tasas.		
<input type="checkbox"/>	3. Plano de situación y plano de la instalación con identificación de las zonas de fabricación, cotas y la ubicación del equipamiento		
<input type="checkbox"/>	4. Memoria descriptiva del plano y de las actividades a realizar.		
<input type="checkbox"/>	5. Proyecto de sistema de tratamiento de incidentes y quejas y de adopción de medidas correctivas y preventivas sobre productos en el mercado.		
<input type="checkbox"/>	6. Documento que detalle la relación de los productos que pretende fabricar a medida.		
<input type="checkbox"/>	7. Listado de procedimientos normalizados de fabricación y control para cada producto.		
<input type="checkbox"/>	8. Designación de la persona de contacto para las actuaciones relacionadas con el Sistema de vigilancia de productos sanitarios.		
<input type="checkbox"/>	9. Descripción del sistema de archivo documental para cada lote, serie o producto que se fabrique, definiendo su contenido, y una declaración de conformidad tipo.		
<input type="checkbox"/>	10. Documentación relativa a las empresas subcontratadas, acreditativa de los extremos exigidos en los artículos 1.2 y 3.2 del Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo.		
<input type="checkbox"/>	11. Organigrama, plantilla de personal con especificación de las categorías profesionales y funciones del personal.		
<input type="checkbox"/>	12. Documento con la designación de la persona técnica responsable por la persona solicitante, suscrito por ambas, que recoja las responsabilidades de aquélla. En caso de que se opte por designar a varias personas técnicas responsables podrá presentarse indistintamente un documento de designación conjunta, o individualizado para cada una de ellas.		
<input type="checkbox"/>	13. Declaración de la persona técnica responsable cumplimentada mediante Anexo VI.		
<input type="checkbox"/>	14. Titulación y, en su caso, documentación justificativa de la formación especializada de la persona técnica responsable.		
<input type="checkbox"/>	15. Certificado de colegiación de la persona técnica responsable expedido por el Colegio Profesional correspondiente.		
<input type="checkbox"/>	16. Documentación acreditativa de la cobertura de responsabilidad.		
<input type="checkbox"/>	17. Documentación acreditativa del cambio de titularidad.		
<ul style="list-style-type: none"> - Para la concesión de la licencia, es preceptivo aportar los documentos del 1 al 16. - Para la revalidación de la licencia, es preceptivo aportar los documentos 1 y 2. - Para la modificación por cambio de titularidad, es preceptivo aportar los documentos 1, 2 y 17. - Para la modificación por subcontratación de nuevas empresas, es preceptivo aportar los documentos 1, 2 y 10. - Para la modificación por nuevas líneas de fabricación, es preceptivo aportar los documentos 1, 2, 4, 6 y 7. - Para la modificación estructural de las instalaciones, es preceptivo aportar los documentos 1, 2, 3 y 4. - Para la modificación por cambio de responsable técnico, es preceptivo aportar los documentos 1,2 y 13 			
DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA			
Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados			
Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES			
Ejerce el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados			
Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR

5	DERECHO DE OPOSICIÓN (artículo 28 de la Ley 39/2015)
El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición:	
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE. (En el caso de que la persona solicitante sea una persona física, no jurídica).
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de los datos de identidad de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia, y aporto copia del DNI/NIE.

6	OBSERVACIONES SOBRE LA SOLICITUD

7	DECLARACIONES
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que:	
<input type="checkbox"/> Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta. <input type="checkbox"/> Una vez concedido lo solicitado, la actividad realizada se ajustará a los términos de la licencia de funcionamiento, ciñéndose a las funciones de fabricación de productos sanitarios a medida previstas en la normativa aplicable. <input type="checkbox"/> No incurrir en ninguna causa de incompatibilidad establecida en la normativa vigente. <input type="checkbox"/> Mantengo en vigor las mismas condiciones que figuran en la licencia de funcionamiento vigente (marcar adicionalmente en caso de revalidación)	

8	SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
El/la abajo firmante SOLICITA la concesión de la licencia de funcionamiento con las características detalladas en la presente solicitud.	
En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL.	
Fdo.: _____	

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES _____

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial de Salud y Familias de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados y conservados para la gestión y tramitación de los expedientes relativos a las autorizaciones, declaraciones responsables y comunicaciones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su inscripción en el Registro de centros servicios y establecimientos sanitarios, todo ello en cumplimiento de las competencias que la Consejería de Salud y Familias tiene encomendadas en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y conforme a lo previsto en el artículo 29.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 62.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.</p> <p>d) Está prevista la cesión de estos datos a favor del Ministerio de Sanidad.</p> <p>e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>
--

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

DECLARACIÓN DE LA PERSONA TÉCNICA RESPONSABLE DESIGNADA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO A PERSONAS FABRICANTES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA (Código procedimiento: 22724)

1	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA TÉCNICA RESPONSABLE		
NOMBRE Y APELLIDOS:		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
TITULACIÓN/HABILITACIÓN			
COLEGIO PROFESIONAL AL QUE PERTENECE: (en su caso)		Nº COLEGIACIÓN (en su caso)	

2	DERECHO DE OPOSICIÓN
El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición:	
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis datos de titulación académica a través del Sistema de Verificación de Datos de Titulación académica, y aporto copia del Título correspondiente.

3	DECLARACIONES												
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:													
<input type="checkbox"/>	Soy responsable técnico designado para ejercer la supervisión directa de las actividades de fabricación a medida de los productos sanitarios para los que D./Dª/la empresa.....solicita la concesión/modificación de la licencia, con la cualificación adecuada para ello.												
<input type="checkbox"/>	En el caso de ser responsable técnico de otras empresas, detallar éstas con su número de licencia, así como el tiempo de dedicación en cada una.												
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Nombre empresa</td> <td style="text-align: center;">Nº licencia</td> <td style="text-align: center;">Dedicación horaria</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Nombre empresa	Nº licencia	Dedicación horaria
Nombre empresa	Nº licencia	Dedicación horaria											
.....											
.....											
.....											
<input type="checkbox"/>	No incurso en ninguna causa de incompatibilidad establecida en la normativa vigente												
	En a de de												
	Fdo.:												

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS
 Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial de Salud y Familias de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados y conservados para la gestión y tramitación de los expedientes relativos a las autorizaciones, declaraciones responsables y comunicaciones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y su inscripción en el Registro de centros servicios y establecimientos sanitarios, todo ello en cumplimiento de las competencias que la Consejería de Salud y Familias tiene encomendadas en materia de centros, servicios y establecimientos sanitarios, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y conforme a lo previsto en el artículo 29.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 62.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- d) Está prevista la cesión de estos datos a favor del Ministerio de Sanidad.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DECLARACIÓN RESPONSABLE

REVALIDACIÓN DE LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO A FABRICANTES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA
(Código procedimiento: 22725)

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA Y DE LA REPRESENTANTE	
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:	
SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:	
NÚMERO:	LETRA:
KM EN LA VÍA:	BLOQUE:
PORTAL:	ESCALERA:
PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:	PROVINCIA:
PAÍS:	CÓD. POSTAL: [][][][][]
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:	
2 DATOS DE LA INSTALACIÓN/TALLER DE FABRICACIÓN	
<input type="checkbox"/> TALLER ORTOPROTÉSICO <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL <input type="checkbox"/> OTROS	
Nº LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO	
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:	
NÚMERO:	LETRA:
KM EN LA VÍA:	BLOQUE:
PORTAL:	ESCALERA:
PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:	PROVINCIA:
PAÍS:	CÓD. POSTAL: [][][][][]
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:	
3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA	
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).	
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.	
Correo electrónico:	Nº teléfono móvil:
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones	
4 OBSERVACIONES	

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



BORRADOR

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR

5	DECLARACIÓN RESPONSABLE, LUGAR, FECHA Y FIRMA
Declaro bajo mi responsabilidad	
<input type="checkbox"/> 1. Cumplir con los requisitos establecidos en el Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida, el Decreto por el que se regulan las condiciones de funcionamiento, los procedimientos de autorización, declaración responsable y comunicación previa y el registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como los procedimientos relativos a las licencias de funcionamiento a personas fabricantes de productos sanitarios a medida, y su normativa de desarrollo.	
<input type="checkbox"/> 2. Disponer de la documentación que acredite el cumplimiento de los citados requisitos, poniéndola a disposición de la Administración cuando le sea requerida.	
<input type="checkbox"/> 3. Que se compromete a mantener el cumplimiento de dichos requisitos durante su periodo de revalidación, notificando cualquier cambio o modificación que se produzca conforme a los procedimientos establecidos en el Decreto por el que se regulan las condiciones de funcionamiento, los procedimientos de autorización, declaración responsable y comunicación previa y el registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como los procedimientos relativos a las licencias de funcionamiento a personas fabricantes de productos sanitarios a medida, y su normativa de desarrollo.	
<input type="checkbox"/> 4. Que se presenta esta declaración responsable en los tres meses previos a la fecha de finalización de la vigencia de la licencia de funcionamiento a personas fabricantes de productos sanitarios a medida.	
<input type="checkbox"/> 5. Que con relación a la licencia de funcionamiento sobre cuya revalidación se presenta esta declaración responsable, no se ha realizado ninguna modificación en la estructura, equipamiento, titularidad, líneas de fabricación o empresas subcontratadas, sin haber obtenido la preceptiva resolución o realizado la oportuna comunicación, conforme lo dispuesto en el Decreto por el que se regulan las condiciones de funcionamiento, los procedimientos de autorización, declaración responsable y comunicación previa y el registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como los procedimientos relativos a las licencias de funcionamiento a personas fabricantes de productos sanitarios a medida, y su normativa de desarrollo.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.: _____	

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial de Salud y Familias de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para tener un registro de las licencias de funcionamiento de las empresas dedicadas a la fabricación de productos sanitarios a medida, cuya base jurídica es la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 19.1), la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (Capítulo IX), el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, y el Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.
- d) Está prevista la cesión de estos datos a favor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

COMUNICACIÓN

CAMBIOS EN LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO A FABRICANTES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA
(Código procedimiento: 22730) CESE DE EMPRESA SUBCONTRATADA CESE DE LÍNEA SUBCONTRATADA CIERRE DEFINITIVO

(*) Marque el cambio o cambios que desee solicitar

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA Y DE LA REPRESENTANTE	
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:	
SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:	
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:	
NÚMERO:	LETRA:
KM EN LA VÍA:	BLOQUE:
PORTAL:	ESCALERA:
PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:	
PAÍS:	
CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:	
NÚMERO MÓVIL:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
2 DATOS DE LA INSTALACIÓN/TALLER DE FABRICACIÓN	
<input type="checkbox"/> TALLER ORTOPRÓTESICO <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL <input type="checkbox"/> OTROS	
Nº LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO (Solo para revalidación y modificación)	
DOMICILIO:	
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:	
NÚMERO:	LETRA:
KM EN LA VÍA:	BLOQUE:
PORTAL:	ESCALERA:
PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:	
PROVINCIA:	
PAÍS:	
CÓD. POSTAL:	
NÚMERO TELÉFONO:	
NÚMERO MÓVIL:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
3 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA	
Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración de la Junta de Andalucía y se tramitará su alta en el servicio correspondiente en caso de no estarlo (1).	
Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.	
Correo electrónico:	Nº teléfono móvil:
(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado digital u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones	

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



BORRADOR

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

BORRADOR

4	DECLARACION (cumplimente lo que proceda)
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:	
<input type="checkbox"/>	Las líneas de fabricación que cesan son:
<input type="checkbox"/>	Las empresas subcontratadas que cesan son
<input type="checkbox"/>	La instalación cierra definitivamente con fecha: _____ de _____ de _____

5	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
El/la abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente comunicación, la cual se ajusta a la normativa aplicable.	
En _____ a _____ de _____ de _____ EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.: _____	

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial de Salud y Familias de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para tener un registro de las licencias de funcionamiento de las empresas dedicadas a la fabricación de productos sanitarios a medida, cuya base jurídica es la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 19.1), la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (Capítulo IX), el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, y el Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.</p> <p>d) Está prevista la cesión de estos datos a favor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</p> <p>e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>
--

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

COMUNICACIÓN

DISTRIBUCIÓN Y/O VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS (Código procedimiento: 22733)

- COMUNICACIÓN PREVIA
- MODIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
 - CAMBIO DE ACTIVIDAD
 - CAMBIO DE PRODUCTOS SANITARIOS
 - CAMBIO DE RESPONSABLE TÉCNICO
- CESE ACTIVIDAD.

Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios BOE nº 268, de 06/11/2009), Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico "in viro" (BOE nº 235, de 30/09/2000) y Real Decreto 1616/2009, de 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos (BOE nº 268, de 06/11/2009).

1 DATOS DE LA PERSONA QUE SE DEDICA A LA DISTRIBUCIÓN/VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS									
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN DEL REPRESENTANTE EN SU CASO:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:		LETRA:	KM EN LA VÍA:		BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:					PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL: _ _ _ _
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y LOCAL DE DISTRIBUCIÓN/VENTA <input type="checkbox"/> SIN ALMACÉN									
ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS <input type="checkbox"/> VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS									
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:		LETRA:	KM EN LA VÍA:		BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:					PROVINCIA:		PAÍS:		CÓD. POSTAL: _ _ _ _
NÚMERO TELÉFONO:		NÚMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:					
NICA: (Solo para cuando el local se ubique en un centro o establecimiento sanitario)									
En caso de que la comunicación se refiera a mas de un local, cumplimentar sus datos en documento adjunto									

3 DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE TÉCNICA (*)									
NOMBRE Y APELLIDOS							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE:
TITULACIÓN:									
(*) Solo resulta preceptivo cuando se desarrolle la actividad de distribución.									

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA



BORRADOR

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial de Salud y Familias de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para tener un registro de las licencias de funcionamiento de las empresas dedicadas a la fabricación de productos sanitarios a medida, cuya base jurídica es la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 19.1), la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (Capítulo IX), el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, y el Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.
- d) Está prevista la cesión de estos datos a favor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

PRESENTACIÓN EXCLUSIVAMENTE ELECTRÓNICA

DECLARACIÓN DE LA PERSONA TÉCNICA RESPONSABLE DESIGNADA EN LAS COMUNICACIONES DE DISTRIBUCIÓN/ VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS (Código procedimiento: 22733)

1 IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA TÉCNICA RESPONSABLE	
NOMBRE Y APELLIDOS:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M DNI/NIE:
TITULACIÓN/HABILITACIÓN	
COLEGIO PROFESIONAL AL QUE PERTENECE: (en su caso)	Nº COLEGIACIÓN (en su caso)

2 DERECHO DE OPOSICIÓN	
El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición:	
<input type="checkbox"/>	ME OPONGO a la consulta de mis datos de titulación académica a través del Sistema de Verificación de Datos de Titulación académica, y aporto copia del Título correspondiente.

3 DECLARACIONES													
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que la persona o entidad solicitante:													
<input type="checkbox"/>	Soy responsable técnico, con la cualificación adecuada, designado para ejercer la supervisión directa de las actividades de distribución de productos sanitarios, para los que se presenta la comunicación de dicha actividad por parte de												
<input type="checkbox"/>	En el caso de ser responsable técnico de otras empresas, detallar éstas con su número de licencia, así como el tiempo de dedicación en cada una.												
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Nombre empresa</td> <td style="text-align: center;">Nº licencia</td> <td style="text-align: center;">Dedicación horaria</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Nombre empresa	Nº licencia	Dedicación horaria
Nombre empresa	Nº licencia	Dedicación horaria											
.....											
.....											
.....											
<input type="checkbox"/>	No incurso en ninguna causa de incompatibilidad establecida en la normativa vigente												
	En a de de												
	Fdo.:												

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS
 Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



BORRADOR

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales es la Delegación Territorial de Salud y Familias de la provincia correspondiente, dependiente orgánicamente de la Consejería de Salud y Familias cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla
 - b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
 - c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para tener un registro de las licencias de funcionamiento de las empresas dedicadas a la fabricación de productos sanitarios a medida, cuya base jurídica es la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 19.1), la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (Capítulo IX), el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, y el Real Decreto 437/2002, de 10 de mayo, por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.
 - d) Está prevista la cesión de estos datos a favor del Ministerio de Sanidad.
 - e) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
- La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>