

I. COMUNIDAD DE MADRID

C) Otras Disposiciones

Consejería de Sanidad

- 21** *RESOLUCIÓN de 12 de febrero de 2010, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación de los expedientes de varios procedimientos administrativos.*

De acuerdo con lo señalado en el artículo 10.1 del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, por el que se regula la utilización de las técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración de la Comunidad de Madrid, que establece que tras la entrada en vigor de este Decreto podrán habilitarse los Registros Telemáticos para la recepción o salida de solicitudes, escritos y comunicaciones relativos a otros procedimientos y trámites, mediante Resolución del órgano, organismo o entidad que tenga atribuida la competencia para resolver el procedimiento, previos informes de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y del Organismo Autónomo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, y de acuerdo con el criterio 14.h) del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid,

RESUELVO

Primero

Habilitación del Registro Telemático

Habilitar al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación de los expedientes correspondientes a los siguientes procedimientos administrativos:

- Autorización/Renovación de cursos de formación de personal aplicador de tatuajes, micropigmentación, “piercing” u otras prácticas de adorno personal.
- Autorización de publicidad de productos sanitarios y productos sanitarios para diagnóstico “in vitro”.
- Inscripción en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas de la Comunidad de Madrid.
- Informe sanitario de nuevas instalaciones de abastecimiento de aguas de consumo humano.
- Certificación de buenas prácticas de laboratorio en estudios no clínicos.
- Autorización/Actualización de cursos de formación de personal encargado del funcionamiento y vigilancia de aparatos de bronceado.
- Comunicación de nombramiento, cambio y sustitución del Director Técnico, sustituto y adjunto en establecimientos de óptica.
- Registro de productos alimenticios destinados a una alimentación especial.
- Notificación de puesta en el mercado de complementos alimenticios.
- Denuncias sobre fraudes en alimentación.
- Comunicación de ampliación de horario de oficina de farmacia.
- Alta/Baja de usuarios profesionales en el Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).
- Alta/Baja de usuarios profesionales en el Sistema de Información Nacional de Aguas (NAYADE).
- Comunicación de distribución de productos sanitarios para diagnóstico “in vitro”.

La inclusión en el Anexo I del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, de los procedimientos citados, que deberá entenderse modificado en lo relativo a estos procedimientos en



el texto del último párrafo de procedimientos adscritos a la Consejería de Sanidad, siendo de aplicación el siguiente:

“Trámites susceptibles de realización ante el Registro Telemático:

Todos aquellos que en el momento de la presentación de la solicitud de inicio del procedimiento se encuentren en situación de operativos en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con lo establecido en la página web www.madrid.org”.

Segundo

Publicación de impresos

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de los modelos de solicitud, escritos y comunicaciones que se adjuntan como Anexo, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.

Madrid, a 12 de febrero de 2010.—El Director General de Ordenación e Inspección, Manuel Molina Muñoz.

7.- Datos del Curso:

Número máximo de alumnos por edición (Máximo 25):		Número total de horas del curso:	
Número total de horas teóricas:		Número total de horas prácticas:	

8.- Número de Ediciones programadas y fechas de celebración:

--

9.- Lugar y metodología (Parte teórica):

--

10.- Lugar, metodología, medios y materiales (Parte práctica):

--

10.1.- Medios necesarios para la parte práctica:

¿Se dispone de los medios necesarios para poder enseñar el manejo y la higiene adecuada de los diferentes utensilios, instrumentos y materiales utilizados?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	---

11.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Programa docente (Programa del contenido del curso, indicando el número de horas por módulo). En el caso de no coincidir exactamente con el programa propuesto por la Comunidad de Madrid, se justificará la modificación con respecto al mismo y el contenido mínimo exigido.	<input type="checkbox"/>
Copia del DNI del Director/a Coordinador/a del Curso	<input type="checkbox"/>
Manual del Alumno	<input type="checkbox"/>
Modelo de pruebas de evaluación (ajustado al modelo autorizado)	<input type="checkbox"/>
Modelo tipo de certificado del Curso (según legislación vigente)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título académico del Coordinador del Curso y del profesorado	<input type="checkbox"/>
Currículum Vitae del Coordinador del Curso y del profesorado	<input type="checkbox"/>
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CURTATU, cuya finalidad es "Manejar información relativa a los cursos de formación de aplicadores de tatuajes, micropigmentación, piercing y prácticas similares de adorno corporal en la Comunidad de Madrid", y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Autorización de publicidad de productos sanitarios para diagnóstico in vitro.

1.- Datos de la empresa

Denominación					NIF			
Domicilio social	Tipo de vía	Nombre vía					Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad				
	Provincia		Teléfono		Fax			
Correo electrónico								

2.- Datos del/los producto/s sanitario/s objeto de la publicidad

(No financiado/s por el Sistema Nacional de Salud, art.78.5 de la Ley 29/2006)

Nombre/s comercial/es	

3.- Medios de difusión

Audiovisual	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Internet					
Escrito	<input type="checkbox"/> Prensa	<input type="checkbox"/> Revistas	<input type="checkbox"/> Carteles	<input type="checkbox"/> Folletos	<input type="checkbox"/> Carta	<input type="checkbox"/> Expositor	<input type="checkbox"/> Libro	<input type="checkbox"/> Email
Otros								
Fecha/s de difusión								

4.- Datos de el/la representante legal

NIF		Título de representación	
Nombre		Apellidos	

5.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía		Nombre vía			Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia		

6.- Documentación requerida

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Pago de tasas según modelo 030	<input type="checkbox"/>
Comunicación de puesta en el mercado del/los producto/s sanitario/s para diagnóstico "in Vitro", a las autoridades sanitarias	<input type="checkbox"/>
Mensaje publicitario	<input type="checkbox"/>
Etiquetado del producto sanitario para diagnóstico "in Vitro" objeto de la publicidad e instrucciones de uso	<input type="checkbox"/>
Estudios clínicos y/o publicaciones que avalen las menciones contenidas en el mensaje publicitario	<input type="checkbox"/>

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

El representante legal declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

En Madrid, a.....de..... de.....

FIRMA: El/la representante legal

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es "la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid". El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

Etiqueta del Registro

Autorización de publicidad de productos sanitarios**1.- Datos de la empresa**

Denominación						NIF	
Domicilio social	Tipo de vía	Nombre vía				Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad			
	Provincia		Teléfono		Fax		
Correo electrónico							

2.- Datos del/los producto/s sanitario/s objeto de la publicidad*(No financiado/s por el Sistema Nacional de Salud, art.78.5 de la Ley 29/2006)*

Nombre/s comercial/es	Clase

3.- Medios de difusión

Audiovisual	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Internet
Escrito	<input type="checkbox"/> Prensa	<input type="checkbox"/> Revistas	
Fecha/s de difusión			

4.- Datos del/la representante legal

NIF		Título de representación	
Nombre		Apellidos	

5.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

6.- Documentación requerida

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Pago de tasas según modelo 030	<input type="checkbox"/>
Comunicación al Registro de Responsables de comercialización(I, IIa) o de puesta en mercado(IIb, III) del/los producto/s sanitario/s ,a las autoridades sanitarias, si procede	<input type="checkbox"/>
Mensaje publicitario	<input type="checkbox"/>
Etiquetado del producto sanitario para diagnóstico "in Vitro" objeto de la publicidad e instrucciones de uso	<input type="checkbox"/>
Estudios clínicos y/o publicaciones que avalen las menciones contenidas en el mensaje publicitario	<input type="checkbox"/>

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

El representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

En Madrid, a.....de..... de.....

FIRMA: El/la representante legal

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**Solicitud de Inscripción en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios
Plaguicidas de la Comunidad de Madrid**
1.- Tipo de solicitud:

<input type="checkbox"/>	Inscripción inicial	<input type="checkbox"/>	Baja de inscripción	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>	Modificación Sustancial (1.1)
--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------------------------

1.1.-.- Modificación sustancial:

<input type="checkbox"/>	De Titularidad	<input type="checkbox"/>	Modificación en la Actividad	<input type="checkbox"/>	De Domicilio Social	<input type="checkbox"/>	De Domicilio Industrial
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------

2.- Datos del interesado:

NIF		Apellidos	
Nombre/Razón Social		Correo electrónico	
Nº R.O.E.S.P		Razón Social del Anterior Titular (si hay cambio)	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

3.- Datos de el/la representante:

NIF		Apellidos	
Nombre/Razón Social		Título de representación	

4.- Domicilios:**4.1.- Domicilio industrial:**

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia					

4.2.- Domicilio social:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia					

5.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso		Puerta		CP
	Localidad		Provincia		

6.- SOLICITA (en el caso de modificaciones sustanciales):

--

7.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO		Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF	De la razón social ó	<input type="checkbox"/>	
	Del titular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

7.1. Inscripción inicial

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Licencia Municipal	<input type="checkbox"/>	
Documento liquidación de tasas (en su caso)	<input type="checkbox"/>	
Memoria técnica según instrucciones de la hoja 4	<input type="checkbox"/>	
Documentación de la empresa según instrucciones de la hoja 4	<input type="checkbox"/>	

7.2. Baja de inscripción

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Declaración del titular indicando el cese de actividad	<input type="checkbox"/>	
Certificado de inscripción en el R.O.E.S.P.	<input type="checkbox"/>	

7.3. Renovación

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Declaración del titular indicando que desde la última renovación no se han producido modificaciones	<input type="checkbox"/>	
Certificado de inscripción en el R.O.E.S.P.	<input type="checkbox"/>	
Esquema de la nueva instalación(para modificaciones de instalación)	<input type="checkbox"/>	
Licencia Municipal (para modificaciones de instalación)	<input type="checkbox"/>	
Resoluciones de inscripción en el Registro Oficial para productos nuevos	<input type="checkbox"/>	
Justificación de formación adecuada del personal nuevo	<input type="checkbox"/>	

7.4. Cambio de titularidad

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia simple del documento que justifique el cambio	<input type="checkbox"/>	
Declaración del titular indicando que desde la última renovación no se han producido modificaciones	<input type="checkbox"/>	
Escrito del anterior titular de cesión del nº R.O.E.S.P.	<input type="checkbox"/>	
Certificado de inscripción en el R.O.E.S.P.	<input type="checkbox"/>	

7.5. Cambio de domicilio social y/o industrial

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Esquema de las nuevas instalaciones	<input type="checkbox"/>	
Licencia municipal de apertura del nuevo establecimiento o servicio	<input type="checkbox"/>	
Certificado de inscripción en el R.O.E.S.P.	<input type="checkbox"/>	

7.6. Modificaciones de actividad

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Memoria técnica que se ajuste a la nueva actividad	<input type="checkbox"/>	

8.- Descripción de la actividad:

SECCIÓN	ACTIVIDADES	TIPO DE PRODUCTO
<input type="checkbox"/> Establecimientos	<input type="checkbox"/> Importador <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Formulador <input type="checkbox"/> Distribuidor <input type="checkbox"/> Vendedor <input type="checkbox"/> Almacenista <input type="checkbox"/> Instalac. de tratamientos <input type="checkbox"/> Responsable de puesta en mercado <input type="checkbox"/> Otros	<input type="radio"/> Productos fitosanitarios <input type="radio"/> Plaguicidas de uso ganadero <input type="radio"/> Plaguicidas para uso en la industria alimentaria <input type="radio"/> Plaguicidas de uso ambiental <input type="radio"/> Desinfectantes de instalaciones de riesgo de legionelosis
<input type="checkbox"/> Servicios	<input type="checkbox"/> Aplicador Corporativo <input type="checkbox"/> Aplicador a terceros	<input type="radio"/> Protectores de madera

Grado de peligrosidad de los productos objeto del presente registro

Toxicidad :	<input type="radio"/> Sin calificar <input type="radio"/> Nocivo	Otras propiedades o efectos para la salud:		
	<input type="radio"/> Tóxico <input type="radio"/> Muy tóxico	<input type="checkbox"/> Extremadamente Inflamable	<input type="checkbox"/> Mutagénico	<input type="checkbox"/> Irritante
		<input type="checkbox"/> Fácilmente inflamable	<input type="checkbox"/> Carcinogénico	<input type="checkbox"/> Corrosivo
		<input type="checkbox"/> Comburente	<input type="checkbox"/> Tóxico para la reproducción	<input type="checkbox"/> Sensibilizante
		<input type="checkbox"/> Explosivo	<input type="checkbox"/> Peligroso para el medio ambiente	

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En, a..... de..... de.....

FIRMA DEL SOLICITANTE

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero ROESB, cuya finalidad es Registrar y censar los establecimientos y servicios de biocidas y plaguicidas para gestión y control de los mismos, y podrán ser cedidos a interesados legítimos, además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Informe sanitario de nuevas instalaciones de abastecimiento de aguas de consumo humano

1.- Datos del interesado/a:

NIF			Apellidos			
Nombre/Razón Social						
Dirección	Tipo vía	Nombre vía				Nº
Piso	CP	Localidad				Teléfono

2. Datos del representante:

NIF			Apellidos			
Nombre/Razón Social						
Dirección	Tipo vía	Nombre vía				Nº
Piso	CP	Localidad				Teléfono

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado					
	Tipo de vía	Nombre vía				Nº
	Piso	CP	Localidad			

4.- Solicitud:

<input type="radio"/>	Informe sanitario sobre proyecto	<input type="radio"/>	Informe sanitario de puesta en funcionamiento
Nombre del Proyecto			

5.- Documentación aportada:

Tipo de documento	Se aporta en la solicitud
Si solicita "Informe sanitario sobre proyecto": Memoria del proyecto técnico de la instalación	<input type="checkbox"/>
Si solicita "Informe sanitario de puesta en funcionamiento": Resultados analíticos	<input type="checkbox"/>

**Información institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En Madrid, a..... de..... de.....

FIRMADO: El interesado ó el representante

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero mixto SANAMBIENTAL, cuya finalidad es la gestión y control de instalaciones de aguas de consumo humano y de aguas recreativas, inscripción en SINAC y NAYADE, y notificación de torres de refrigeración y condensadores evaporativos, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección

Etiqueta del Registro

Solicitud de certificación de Buenas Prácticas de Laboratorio en estudios no clínicos

1.- Datos del Laboratorio:

NIF			Nombre/Razón Social				
Correo electrónico							
Dirección	Tipo vía	Nombre vía					Nº
	Piso	CP	Localidad		Provincia	País	
	Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil			

2.- Datos de el/la representante:

Nombre/Razón social			Apellidos			
NIF			Correo electrónico			
Fax			Teléfono fijo	Teléfono móvil		

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado					
	Tipo de vía		Nombre vía			Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia

4.- Tipo de solicitud

<input type="radio"/> Inicial	<input type="radio"/> Renovación
-------------------------------	----------------------------------

5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Justificante del abono de tasas. Modelo 030	<input type="checkbox"/>

**Información institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En Madrid, a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CERTIFICADOSBPL, cuya finalidad es gestionar los certificados de Buenas Prácticas de Laboratorio (estudios no clínicos), y podrán ser cedidos según las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección

**Solicitud de Autorización/ Actualización de Cursos de formación
de personal encargado del funcionamiento y vigilancia de aparatos de bronceado**
1.- Tipo de Curso:

<input type="radio"/>	Autorización inicial de cursos de formación
<input type="radio"/>	Actualización de cursos de formación

2.- Datos de la Entidad organizadora/ Centro docente:

DNI/ NIF				Nombre/ Razón Social (*)			
Apellidos (*)							
Domicilio social	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia		

(*) Datos de la Titularidad responsable. Consigne nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica.

3.- Datos de el/la Directora/a Coordinador/a del Curso:

DNI/ NIF			Apellidos			
Nombre			Titulación académica			
Teléfono Fijo			Teléfono Móvil			

4.- Datos de el/la representante legal:

DNI/ NIF:			Nombre (*)			
Apellidos (*)			Título de representación			

(*) Consigne nombre y apellidos en caso de persona física, o sólo nombre en caso de persona jurídica.

5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia	

6.- Relación de Profesorado del Curso:

Nombre y Apellidos	Titulación	Módulo/ Tema a impartir

NOTA: Si la relación de profesorado excede de 10 adjunte anexo complementario.

7.- Datos del Curso:

Número máximo de alumnos por edición (Máximo 25):		Número total de horas del curso:	
Número total de horas teóricas:		Número total de horas prácticas:	

8.- Número de Ediciones programadas y fechas de celebración:

--

9.- Lugar y metodología (Parte teórica):

--

10.- Lugar, metodología y materiales (Parte práctica):

--

10.1.- Medios necesarios (parte práctica):

¿Se dispone de, al menos, un aparato de bronceado mediante radiaciones ultravioleta para poner a disposición de los alumnos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
--	---

11.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Programa docente (Programa del contenido del curso, indicando el número de horas por módulo). En el caso de no coincidir exactamente con el programa propuesto por la Comunidad de Madrid, se justificará la modificación con respecto al mismo y el contenido mínimo exigido.	<input type="checkbox"/>
Copia del DNI del Director/a Coordinador/a del Curso	<input type="checkbox"/>
Manual del Alumno	<input type="checkbox"/>
Modelo de pruebas de evaluación (ajustado al modelo autorizado)	<input type="checkbox"/>
Modelo tipo de certificado del Curso (según legislación vigente)	<input type="checkbox"/>
Copia del Título académico del Coordinador del Curso y del profesorado	<input type="checkbox"/>
Currículum Vitae del Coordinador del Curso y del profesorado	<input type="checkbox"/>
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CURBRONCE, cuya finalidad es "Registrar y censar establecimientos que realizan cursos de formación del personal aplicador de UVA", y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Comunicación de nombramiento, cambio y sustitución del Director Técnico, sustituto y adjunto en establecimientos de óptica.

1.- Datos de la Óptica / Sección de óptica

Número Óptica / Sección de óptica								
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº		Piso	
	CP		Localidad		Provincia			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo electrónico		

2.- Datos del propietario de la Óptica / titular de la Sección de óptica

NIF		Nombre		Apellidos				
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº		Piso	
	CP		Localidad		Provincia			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo electrónico		

3.- Datos del/la representante

Nombre		Apellidos			
NIF		Correo electrónico			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

4.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº			
	Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia		

5.- Documentación aportada

Tipo de documento	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta (*)
NIF del Director Técnico, sustituto o adjunto (solo si el propio Director Técnico, sustituto o adjunto es el comunicante, podrá autorizar la consulta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificado de Colegiación del Colegio Nacional de Ópticos-optometristas Primera Delegación Regional	<input type="checkbox"/>	
Acreditación de titulación	<input type="checkbox"/>	
Declaración de no incluir en incompatibilidad	<input type="checkbox"/>	

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En Madrid, a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de ópticas, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

Registro de Productos alimenticios destinados a una alimentación especial
1.- Tipo de solicitud:

<input type="checkbox"/>	Inscripción inicial	
<input type="checkbox"/>	Cambio de denominación del producto	Indique anterior denominación Nº R.S. del producto:
<input type="checkbox"/>	Baja de inscripción de producto	
<input type="checkbox"/>	Modificación de etiquetado. Especifique:	
<input type="checkbox"/>	Otros	Especifique:

2.- Datos de la Empresa:

DNI/ NIF	Nombre/Razón Social (*)		
Apellidos (*)			
Nº Registro General Sanitario de Alimentos:			
Domicilio Social	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad
Provincia			
Teléfono		Fax	

(*) Nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

3.- Datos de el/la representante legal:

DNI/ NIF:	Apellidos
Nombre	Título de representación

4.- Datos del Producto:

Nombre comercial del producto	
Nº. Registro del producto	
Marca y/o nombre	
Forma de presentación y tipo de envase	
Objetivo nutricional	

5.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado			
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad
	Provincia			

6.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
En caso de presentación telemática aporte el/los fichero/s del etiquetado, folleto, documentación y/o publicidad del producto, en caso de presentación de forma presencial, pegue la documentación exigida del producto en el apartado 7 de la página 2 de la presente solicitud.	<input type="checkbox"/>
Anexo I – Alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales (Sólo para este tipo de productos alimenticios)	<input type="checkbox"/>
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>

7.- Datos del Etiquetado (Sólo para solicitudes presentadas de forma presencial):

ETIQUETA ("Las menciones, indicaciones, marcas de fábrica o comerciales, dibujos o signos relacionados con un producto alimenticio que figuren en cualquier envase, documento, rótulo, etiqueta, faja o collarín que acompañen o se refieran a dicho producto alimenticio")

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de.....de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias y productos alimentarios, y podrán ser cedidos cuando por razones de interés general y al amparo de lo establecido en el artículo 55.5 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, sea necesario, además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección

Notificación de puesta en el mercado de complementos alimenticios
1.- Tipo de solicitud:

<input type="checkbox"/>	Notificación inicial		
<input type="checkbox"/>	Cambio de denominación	Indique anterior denominación del producto:	
<input type="checkbox"/>	Baja		
<input type="checkbox"/>	Modificación de etiquetado. Especifique:		
<input type="checkbox"/>	Otros	Especifique:	

2.- Datos de la Empresa:

DNI/ NIF				Nombre/Razón Social (*)			
Apellidos (*)							
Nº Registro General Sanitario de Alimentos:							
Domicilio Social		Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Provincia							
Teléfono				Fax			

(*) Nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

3.- Datos de el/la representante legal:

DNI/ NIF:			Apellidos			
Nombre				Título de representación		

4.- Datos del Producto:

Nombre comercial del producto								
Marca y/o nombre								
¿Se notifica conforme a lo establecido en el Real Decreto 1487/2009?					<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No
¿Es la primera comercialización del producto en la Unión Europea?					<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No
En caso de segunda comercialización, ¿en qué otros países se comercializa?								

5.- Datos del Fabricante:

DNI/ NIF				Nombre/Razón Social (*)			
Apellidos (*)							
Domicilio Social		Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad				
Provincia							
Nombre del producto de origen							
País de Origen							

(*) Nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

6.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
Tipo de vía		Nombre vía				Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia			

7.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
En caso de presentación telemática aporte el/los fichero/s del etiquetado, folleto, documentación y/o publicidad del producto, en caso de presentación de forma presencial, pegue la documentación exigida del producto en el apartado 7 de la presente solicitud.	<input type="checkbox"/>
Documento de notificación ante la Autoridad Sanitaria competente del país donde ya se ha comercializado (Sólo para productos ya comercializados en la Unión Europea)	<input type="checkbox"/>
Documento de Autorización Sanitaria del Fabricante (Sólo para primeras notificaciones de productos fabricados en otro país)	<input type="checkbox"/>

8.- Datos del Etiquetado (Sólo para solicitudes presentadas de forma presencial):

ETIQUETA ("Las menciones, indicaciones, marcas de fábrica o comerciales, dibujos o signos relacionados con un producto alimenticio que figuren en cualquier envase, documento, rótulo, etiqueta, faja o collarín que acompañen o se refieran a dicho producto alimenticio")

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de.....de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias y productos alimentarios, y podrán ser cedidos cuando por razones de interés general y al amparo de lo establecido en el artículo 55.5 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, sea necesario, además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

Denuncias sobre Fraudes en Alimentación

1.- Datos del/a interesado/a:

DNI/ NIF				Nombre/Razón Social (*)			
Apellidos (*)				Correo electrónico			
Dirección	Tipo vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta			Polígono Industrial			CP
Localidad				Provincia			
Fax			Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		

(*) Nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

2.- Datos de el/la representante:

DNI/ NIF				Nombre/Razón Social (*)			
Apellidos (*)				Correo electrónico			
Título de Representación:							
Dirección	Tipo vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta			Polígono Industrial			CP
Localidad				Provincia			
Fax			Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		

(*) Nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
	Piso	Puerta			Polígono Industrial		
	Localidad				Provincia		

4.- Documentación aportada. Indique y adjunte todas las pruebas documentales que puedan ser de utilidad para la resolución de la demanda (etiqueta del producto, ticket de compra, factura,...). Para aportar documentación describa para cada documento en el cuadro inferior el tipo de documento y marque el cuadrado de su derecha. El documento de representación sólo es necesario en caso de tramitación de denuncias mediante representante.

TIPO DE DOCUMENTO Y/O PRUEBAS	Se aporta en la solicitud
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo de la Representación que ostenta de cara al interesado (Sólo en caso de tramitación de denuncias por medio de representante): <ul style="list-style-type: none"> - Para representar a personas jurídicas: Documentación justificativa de la capacidad legal de representación (Acta de constitución de la Empresa, Poder notarial,...). - Para representar a personas físicas: documento (indicando nombre, apellidos y DNI del interesado y representante) firmado por el interesado, que acredite la representación. 	<input type="checkbox"/>

5.- EXPONE:

--

**5.- EXPONE (Continuación):**

--

6.- SOLICITA:

--

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero DENUNCIASDGOI, cuya finalidad es gestionar, tramitar y controlar las denuncias en materias de medicamentos, productos sanitarios, cosméticos, fraudes alimentarios, alimentos y establecimientos alimentarios y de sanidad ambiental. No están previstas cesiones de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección

Etiqueta del Registro

Comunicación de ampliación de horario de oficina de farmacia

1.- Datos de la oficina de farmacia:

Número oficina de farmacia								
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº		Piso	
	CP		Localidad		Provincia			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo electrónico		

2.- Datos del titular de la oficina de farmacia:

NIF		Nombre		Apellidos				
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº		Piso	
	CP		Localidad		Provincia			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo electrónico		

3.- Datos del/la representante:

Nombre		Apellidos			
NIF		Correo electrónico			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº			
	Piso		Puerta		CP		Localidad	
							Provincia	

5.- Comunicación de ampliación de horario de oficina de farmacia:

	Horario ordinario mínimo		L-V 9.30 -13.45 17-20	de 15 de junio a 15 de septiembre	17.30 -20.30	Sábados 10 -13.45	
MÓDULO	A	<input type="radio"/>	De 9:30 h a 2:30 h de lunes a sábado				
	A AMPLIADO	<input type="radio"/>	Posible ampliación a domingos y festivos				
	B	<input type="radio"/>	De 9:30 h a 23:00 h de lunes a sábados, según el art. 9 del Decreto 259/2001 (exención de guardias)				
	C	<input type="radio"/>	24 h todo el año				
Número de farmacéuticos, además del titular, que ejercerán como adjuntos							

6.- Solicitud de modificación de horario mínimo:

De		Exposición de motivos
A		

Documentación aportada	Se aporta en la solicitud
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Nota: para nombramientos de adjuntos para el servicio y para comunicar la modificación del contrato de trabajo del personal farmacéutico es necesario cumplimentar el formulario del expediente administrativo "Nombramiento, adjuntos oficina de farmacia".

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En Madrid, a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de ópticas, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Alta/ Baja de usuarios profesionales en el
Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC)**

1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Alta en el Sistema SINAC	<input type="radio"/> Baja en el Sistema SINAC
--	--

2.- Datos de la Entidad/ Organismo:

NIF	Entidad/ Organismo
Correo electrónico	

3.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:

DNI/ NIF	Apellidos
Nombre	Teléfono de contacto
Título de representación	Correo electrónico

4.- Datos de la persona a dar de Alta/ Baja:

DNI/ NIF	Apellidos
Nombre	Teléfono de contacto
Correo electrónico	

5.- Medio de notificación (en caso necesario):

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía	Nombre vía			Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

6.- Documentación requerida (*):

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Escrito oficial del Responsable de la Entidad/ Organismo en el que se indique la persona designada para ser dada de alta/ baja en el Sistema y el motivo.	<input type="checkbox"/>

(*) En el caso de que no se aporte la documentación requerida, no podrá ser tramitada la presente solicitud.

**Información institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero mixto SANAMBIENTAL, cuya finalidad es la gestión y control de instalaciones de aguas de consumo humano y de aguas recreativas, inscripción en SINAC y NAYADE, y notificación de torres de refrigeración y condensadores evaporativos, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Alta/ Baja de usuarios profesionales en el
Sistema de Información Nacional de aguas de baño (NÁYADE)**
1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Alta en el Sistema NÁYADE	<input type="radio"/> Baja en el Sistema NÁYADE
---	---

2.- Datos de la Entidad/ Organismo:

NIF	Entidad/ Organismo
Correo electrónico	

3.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:

DNI/ NIF	Apellidos
Nombre	Teléfono de contacto
Título de representación	Correo electrónico

4.- Datos de la persona a dar de Alta/ Baja:

DNI/ NIF	Apellidos
Nombre	Teléfono de contacto
Correo electrónico	

5.- Medio de notificación (en caso necesario):

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado					
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº			
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	

6.- Documentación requerida (*):

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Escrito oficial del Responsable de la Entidad/ Organismo en el que se indique la persona designada para ser dada de alta/ baja en el Sistema y el motivo.	<input type="checkbox"/>

(*) En el caso de que no se aporte la documentación requerida, no podrá ser tramitada la presente solicitud.

**Información institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero mixto SANAMBIENTAL, cuya finalidad es la gestión y control de instalaciones de aguas de consumo humano y de aguas recreativas, inscripción en SINAC y NAYADE, y notificación de torres de refrigeración y condensadores evaporativos, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Comunicación de distribución de productos sanitarios para diagnóstico "in vitro"

1.- Tipo de comunicación

<input type="radio"/> Autorización Inicial con almacén propio (Tipo A)	<input type="radio"/> Autorización inicial con almacén subcontratado (Tipo B)	<input type="radio"/> Autorización inicial sin almacén (Tipo C)	<input type="radio"/> Cambios de titularidad, domicilios o técnico responsable. (Tipo D)	<input type="radio"/> Baja o cese de actividad
--	---	---	--	--

1.1.- Tipo de Cambio (Sólo en los casos de cambios tipo B)

<input type="checkbox"/>	De Titularidad	Denominación anterior de la Empresa:	
<input type="checkbox"/>	De domicilio social	Domicilio Social anterior:	
<input type="checkbox"/>	De domicilio de almacén	Domicilio de almacén anterior	
<input type="checkbox"/>	De Técnico Responsable	Técnico responsable anterior:	

2.- Datos del Distribuidor:

2.1.- Denominación de la empresa:

Nombre		NIF	
--------	--	-----	--

2.2.- Domicilio social:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia		Localidad		Teléfono	
Fax		Correo electrónico			

2.3.- Domicilio de almacén: (cumplimentar sólo en el caso en que no coincida con el domicilio social)

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia		Localidad		Teléfono	
Fax		Correo electrónico			

2.4.- Técnico Responsable:

Nombre		Apellidos	
DNI/ NIF:		Titulación académica	

3.- Datos del Representante legal:

DNI/ NIF		Apellidos :	
Nombre:		Título de representación:	

4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo se me notifique de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo se me notifique por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso		Puerta		CP
			Localidad		Provincia

5.- Documentación requerida,**5.1.- Comunicación con almacén propio (Tipo A)**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
DNI si se trata de persona física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividad sanitaria como objeto social.	<input type="checkbox"/>	
Poder de acreditación del representante legal.	<input type="checkbox"/>	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable.	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria del Técnico Responsable.	<input type="checkbox"/>	
Tipos de productos que distribuye y descripción	<input type="checkbox"/>	
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de distribución.	<input type="checkbox"/>	
Plano del local con identificación de las zonas.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de gestión de la distribución de productos (art. 14, Real Decreto 1662/2000 de 29 de septiembre, por el que se regulan los productos sanitarios para diagnóstico "in vitro")	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de vigilancia. Medidas de restricción o seguimiento determinadas por las autoridades sanitarias.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de tratamiento de incidencias y/o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	

5.2.- Comunicación con almacén subcontratado (Tipo B)

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
DNI si se trata de persona física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividad sanitaria como objeto social.	<input type="checkbox"/>	
Poder de acreditación del representante legal	<input type="checkbox"/>	
Contrato de prestación de servicios por subcontratación del almacenamiento	<input type="checkbox"/>	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria del Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Tipos de productos que distribuye y descripción	<input type="checkbox"/>	
Plano del local con identificación de las zonas.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de gestión de la distribución de productos (art. 14, Real Decreto 1662/2000 de 29 de septiembre, por el que se regulan los productos sanitarios para diagnóstico "in vitro")	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de vigilancia. Medidas de restricción o seguimiento determinadas por las autoridades sanitarias.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de tratamiento de incidencias y/o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	

5.3.- Comunicación sin almacén (Tipo C)

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
DNI si se trata de persona física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividad sanitaria como objeto social.	<input type="checkbox"/>	
Poder de acreditación del representante legal	<input type="checkbox"/>	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria del Técnico Responsable.	<input type="checkbox"/>	

5.3.- Comunicación sin almacén (Tipo C) (Continuación):

Tipos de productos, que distribuye y descripción	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de gestión de la distribución de productos (art. 14, Real Decreto 1662/2000 de 29 de septiembre, por el que se regulan los productos sanitarios para diagnóstico "in vitro")	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de vigilancia. Medidas de restricción o seguimiento determinadas por las autoridades sanitarias.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de tratamiento de incidencias y/o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

5.4 Cambios tipo D

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
5.4.1 Cambio de titularidad	
Documento público que acredite el cambio	<input type="checkbox"/>
5.4.2. Cambio de domicilio social	
Documento público que acredite el cambio	<input type="checkbox"/>
5.4.3. Cambio de domicilio de almacén	
Plano del local con identificación de las zonas.	<input type="checkbox"/>
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de distribución.	<input type="checkbox"/>
Contrato de prestación de servicios por subcontratación del almacenamiento	<input type="checkbox"/>
5.4.4. Cambio de Técnico Responsable.	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>
Titulación universitaria.	<input type="checkbox"/>

Información institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA del Representante legal de la Empresa

El representante legal de la empresa, declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es "la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid" y podrán ser cedidos según las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección.
---------------------	--

(03/8.545/10)