

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### C) Otras Disposiciones

#### Consejería de Sanidad

- 9** *RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2017, de la Dirección General de Inspección y Ordenación, por la que se ordena la publicación del modelo de impreso de “Comunicación de variación de plantilla sanitaria”.*

El Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, Regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimiento Sanitarios de la Comunidad de Madrid, procedió a establecer el procedimiento a seguir para la obtención de la autorización administrativa para la instalación, así como para las modificaciones y alteraciones sustanciales en su estructura y régimen inicial, autorización administrativa para su funcionamiento y autorización de cierre, por parte de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, cualquiera que sea su nivel, categoría o titular ubicados en la Comunidad de Madrid.

Posteriormente, por Resolución de 6 de mayo de 2011, se publicó el impreso normalizado de “Solicitud de Autorización de Centros y Servicios Sanitarios” (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 127, de 31 de mayo).

Sin embargo dicho impreso no contemplaba las comunicaciones que deben efectuar los centros, servicios y establecimientos sanitarios cuando se produce una variación en su plantilla sanitaria, por lo que se considera necesario disponer de un nuevo formulario que permita realizar dicha comunicación, facilitándose con ello a los interesados la realización de dicho trámite.

El criterio 14.h) del Anexo Único del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid, establece la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID por resolución del órgano correspondiente, los impresos normalizados de procedimientos administrativos, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano.

En virtud de la normativa citada y demás de pertinente aplicación, en el ejercicio de las competencias atribuidas,

#### RESUELVO

##### Único

##### *Publicación de impresos*

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID del modelo de impreso que se adjunta como Anexo a los efectos regulados en el artículo 12.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, correspondiente a “Comunicación de variación de plantilla sanitaria”.

Madrid, a 14 de febrero de 2017.—El Director General de Inspección y Ordenación, Adolfo Ezquerra Canalejo.

**Comunidad de Madrid****Comunicación de variación de plantilla sanitaria****1.- Tipología del centro:**

<input type="radio"/>	Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario	<input type="radio"/>	Centro de reconocimiento destinado a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores
-----------------------	--	-----------------------	--

**2.- Datos del Centro:**

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	Madrid
Número del Registro Sanitario					

**3.- Datos de el/la Titular del Centro:**

NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Teléfono	
Tipo de vía		Nombre vía	
Piso	Puerta	Localidad	Provincia
Nombre comercial		Correo electrónico	

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

**4.- Datos de el/la Representante del Centro:**

NIF	Nombre	
Apellidos		Teléfono
Tipo de vía		Nombre vía
Piso	Puerta	Localidad
Correo electrónico		Provincia

**5.- Medio de notificación:**

La notificación se realizará por medios electrónicos, a través del servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid, para lo cual previamente deberá estar dado de alta.

**6.- Profesionales Sanitarios:**

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)					
NIF/NIE		Nombre										
Apellidos												
Nacionalidad												

(\*) Con independencia del alta o baja en la plantilla, si el profesional sanitario es también el Director Técnico o Asistencial debe marcarse dicho campo

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)					
NIF/NIE		Nombre										
Apellidos												
Nacionalidad												

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)					
NIF/NIE		Nombre										
Apellidos												
Nacionalidad												



Dirección General de Inspección y Ordenación  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Comunidad de Madrid

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad				Profesión Sanitaria			

### 7.- Documentación requerida en las incorporaciones de profesionales sanitarios:

La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y aporto documento
En caso de persona física: NIF del titular/es	<input type="checkbox"/>
En caso de persona jurídica: NIF del representante	<input type="checkbox"/>
Títulos académicos de los profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/>

(\*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  
Página 2 de 3

Modelo: 915F2



Dirección General de Inspección y Ordenación  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Comunidad de Madrid

### Documentos que se acompañan a la solicitud

En su caso, certificado actual de colegiación expedido por el Colegio Profesional correspondiente	<input type="checkbox"/>
Póliza de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios, así como recibo actualizado de su pago	<input type="checkbox"/>

### 8.- Observaciones:

### Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir 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 responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano 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.

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

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CYES, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones, comunicaciones y notificaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios. 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

<b>DESTINATARIO</b>	Dirección General de Inspección y Ordenación Consejería de Sanidad
---------------------	---

