

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### C) Otras Disposiciones

#### Consejería de Sanidad

- 15** *RESOLUCIÓN de 9 de abril 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 de traslado de cadáveres, restos humanos y exhumación.
- Autorización-acreditación de centros sanitarios para la extracción, procesamiento, almacenamiento y distribución de órganos y tejidos y trasplante de órganos y/o implante de tejidos.
- Autorización-homologación de centros relacionados con la producción humana asistida.
- Autorización y renovación de locales permanentes o móviles para la asistencia sanitaria a espectáculos públicos (festejos taurinos).
- Inscripción y modificaciones en el Registro de Industrias Alimentarias.
- Autorización de almacén de distribución de materias primas veterinarias.

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 la relación 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](http://www.madrid.org)”

**Segundo***Publicación 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 9 de abril de 2010.—El Director General de Ordenación e Inspección, Manuel Molina Muñoz.

Etiqueta del Registro

## Solicitud de Autorización de Traslado de Cadáveres

## 1. - Datos del Solicitante:

DNI/ NIE				Pasaporte:			
Apellido 1º:							
Apellido 2º:							
Nombre:							
Tipo de vía				Nombre vía			Nº
Piso			Puerta			CP	Localidad
Provincia					País		
Parentesco con el fallecido*							

\* Señálese el parentesco con el fallecido. En caso contrario, indicar si fuera allegado o relación personal o representación institucional que ostenta.

## 2. - Cláusula Representante:

<input type="radio"/>	Autorizo al Representante que aparece en la presente solicitud para que actúe en mi nombre ante la autoridad sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en la tramitación del expediente administrativo de traslado de resto humano.
-----------------------	--

## 3. - Datos del Representante:

## Empresa Funeraria

NIF							
Razón Social							
Tipo de vía				Nombre vía			Nº
Piso			Puerta			CP	Localidad
Provincia					País		
Email				Teléfono fijo			
Teléfono móvil				Fax			

## Persona Física

DNI/ NIE:							
Apellido 1º:							
Apellido 2º:							
Nombre:							
Teléfono							

## 4. - Datos del Fallecido:

DNI/ NIE/ Pasaporte:							
Apellido 1º:							
Apellido 2º:							
Nombre:						Género	
Fecha nacimiento							
Tipo de vía				Nombre vía			Nº
Piso			Puerta			CP	Localidad
Provincia					País		

**5.- Datos del Fallecimiento:**

Día		Hora	
Lugar			
Tipo de vía		Nombre vía	Nº
Piso		Puerta	CP
Provincia		País	

**Márquese lo que proceda**

<input type="checkbox"/>	Autopsia judicial	<input type="checkbox"/>	Autopsia clínica	<input type="checkbox"/>	Obtención de tejidos, órganos y piezas anatómicas
--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---

**6.- Datos de la Conducción y Traslado:**

<b>Empresa que realiza la conducción:</b>									
Nombre de la Empresa									
<b>Empresa que realiza el traslado:</b>									
Nombre de la Empresa									
<b>Rellenar sólo en caso de que la empresa que realiza la conducción y/o traslado no este registrada en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.</b>									
NIF									
Razón Social									
Tipo de vía		Nombre vía		Nº					
Piso		Puerta		CP		Localidad			
Provincia		País							
Email				Teléfono fijo					
Teléfono móvil				Fax					
<b>Recorrido:</b>									
<input type="checkbox"/>	Depósito Judicial				<input type="checkbox"/>	Instituto Anatómico Forense			
<b>Velatorio:</b>									
<input type="checkbox"/>	Tanatorio								
<input type="checkbox"/>	Domicilio								
<input type="checkbox"/>	Otros								
<b>Tanatorio sin Velatorio:</b>									
Nombre Tanatorio									
<b>Paso por Cámara</b>		<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No				
<b>Tanatopraxia (rellénesse si precisa)</b>									
<input type="radio"/>	Conservación Temporal				<input type="radio"/>	Embalsamamiento			
Realizada en					Realizada por				
Nº Colegiación		Día		Hora					
<b>Destino Final:</b>									
<input type="radio"/>	Cementerio	<input type="radio"/>	Crematorio	<input type="radio"/>	Utilización fines científicos o de enseñanza				
Nombre				Localidad					
Provincia				País					
Destino de las Cenizas									
Utilización fines científicos o de enseñanza									
Día traslado					Hora traslado				

## 7.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta (*)
Certificados facultativos de la defunción.	<input type="checkbox"/>	
Certificados de prácticas tanatológicas (si se precisa)	<input type="checkbox"/>	
Otros certificados facultativos	<input type="checkbox"/>	
Autorización judicial de traslado. Si se va a incinerar debe ser explícito.	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia de la carta orden y/o licencia de enterramiento	<input type="checkbox"/>	
En los casos excepcionales recogidos en el apartado 2 del artículo 18 del Decreto 124/1997 de 9 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid; se deberá aportar la solicitud así como la documentación que lo motive.	<input type="checkbox"/>	
Autorización Consular para los traslados a países no adheridos al Acuerdo de 26 de octubre de 1973, ratificado el 5 de febrero de 1992 sobre traslados internacionales de cadáveres.	<input type="checkbox"/>	
Documentación de Funeraria en caso de que no este registrada en la Comunidad de Madrid	<input type="checkbox"/>	
Otra Documentación	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso del solicitante/representante	<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.

## 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 Madrid, a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "SISPAL" cuya finalidad es la "vigilancia epidemiológica pública y en salud Pública de enfermedades y lesiones, intervención en materia de S.Pública, diseño y desarrollo de programas de prevención. Gestión de laboratorios de S.Pública. Mejora salud laboral. Investigación en S.Pública. Gestión Personal" y sólo podrán ser cedidos en los casos previstos 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 Autorización de Traslado de Restos Humanos

## 1. - Datos del Solicitante:

DNI/ NIE				Pasaporte:					
Apellido 1º:									
Apellido 2º:									
Nombre:									
Tipo de vía				Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			
Provincia					País				
Parentesco con el fallecido*									

\* Señálese el parentesco con el fallecido. En caso contrario, indicar si fuera allegado o relación personal o representación institucional que ostenta.

## 2. - Cláusula Representante:

<input type="radio"/>	Autorizo al Representante que aparece en la presente solicitud para que actúe en mi nombre ante la autoridad sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en la tramitación del expediente administrativo de traslado de resto humano.
-----------------------	--

## 3. - Datos del Representante:

## Empresa Funeraria

NIF									
Razón Social									
Tipo de vía				Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			
Provincia					País				
Email				Teléfono fijo					
Teléfono móvil				Fax					

## Persona Física

DNI/ NIE/ Pasaporte:							
Apellido 1º:							
Apellido 2º:							
Nombre:							
Teléfono							

## 4. - Identificación de los restos humanos:

Resto humanos:				Género*	
Apellido 1º:					
Apellido 2º:					
Nombre:					

\* Indicar en caso de fetos

**5.- Datos del Fallecimiento o Intervención quirúrgica:**

Día		Hora	
Lugar			
Localidad		Provincia	

**Márquese lo que proceda**

<input type="checkbox"/>	Autopsia judicial	<input type="checkbox"/>	Autopsia clínica	<input type="checkbox"/>	Obtención de tejidos, órganos y piezas anatómicas
--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---

**6.- Datos de la Conducción y Traslado:**

<b>Empresa que realiza la conducción:</b>													
Nombre de la Empresa													
<b>Empresa que realiza el traslado:</b>													
Nombre de la Empresa													
<b>Rellenar sólo en caso de que la empresa que realiza la conducción y/o traslado no este registrada en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.</b>													
NIF													
Razón Social													
Tipo de vía			Nombre vía			Nº							
Piso		Puerta		CP		Localidad							
Provincia				País									
Email				Teléfono fijo									
Teléfono móvil				Fax									
<b>Recorrido:</b>													
<input type="checkbox"/>		Depósito Judicial				<input type="checkbox"/>		Instituto Anatómico Forense					
<b>Velatorio:</b>													
<input type="checkbox"/>		Tanatorio											
<input type="checkbox"/>		Domicilio											
<input type="checkbox"/>		Otros											
<b>Tanatorio sin Velatorio:</b>													
Nombre Tanatorio													
<b>Paso por Cámara</b>		<input type="radio"/>		Sí		<input type="radio"/>		No					
<b>Tanatopraxia (rellénese si precisa):</b>													
<input type="radio"/>		Conservación Temporal				<input type="radio"/>		Embalsamamiento					
Realizada en			Realizada por										
Nº Colegiación		Día		Hora									
<b>Destino Final:</b>													
<input type="radio"/>		Cementerio		<input type="radio"/>		Crematorio		<input type="radio"/>				Utilización fines científicos o de enseñanza	
Nombre		Localidad											
Provincia		País											
Destino de las Cenizas													
Utilización fines científicos o de enseñanza													
Día traslado		Hora traslado											

**7.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta (*)
Certificados facultativos de la defunción.	<input type="checkbox"/>	
Certificados de prácticas tanatológicas (si se precisa)	<input type="checkbox"/>	
Otros certificados facultativos	<input type="checkbox"/>	
Autorización judicial de traslado. Si se va a incinerar debe ser explícito.	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia de la carta orden y/o licencia de enterramiento	<input type="checkbox"/>	
En los casos excepcionales recogidos en el apartado 2 del artículo 18 del Decreto 124/1997 de 9 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid; se deberá aportar la solicitud así como la documentación que lo motive.	<input type="checkbox"/>	
Autorización Consular para los traslados a países no adheridos al Acuerdo de 26 de octubre de 1973, ratificado el 5 de febrero de 1992 sobre traslados internacionales de cadáveres.	<input type="checkbox"/>	
Documentación de Funeraria en caso de que no este registrada en la Comunidad de Madrid	<input type="checkbox"/>	
Otra Documentación	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso del solicitante/representante	<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.

**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 Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "SISPAL" cuya finalidad es la "vigilancia epidemiológica pública y en salud Pública de enfermedades y lesiones, intervención en materia de S.Pública, diseño y desarrollo de programas de prevención. Gestión de laboratorios de S.Pública. Mejora salud laboral. Investigación en S.Pública. Gestión Personal" y sólo podrán ser cedidos en los casos previstos 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 Autorización de Exhumación

## 1. - Datos del Solicitante:

DNI/ NIE/					Pasaporte:						
Apellido 1º:											
Apellido 2º:											
Nombre:											
Tipo de vía				Nombre vía				Nº			
Piso			Puerta			CP			Localidad		
Provincia							País				
Parentesco con el fallecido*											

\* Señálese el parentesco con el fallecido. En caso contrario, indicar si fuera allegado o relación personal o representación institucional que ostenta.

## 2. - Cláusula Representante:

<input type="radio"/>	Autorizo al Representante que aparece en la presente solicitud para que actúe en mi nombre ante la autoridad sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en la tramitación del expediente administrativo de traslado de resto humano.
-----------------------	--

## 3. - Datos del Representante:

## Empresa Funeraria

NIF											
Razón Social											
Tipo de vía				Nombre vía				Nº			
Piso			Puerta			CP			Localidad		
Provincia							País				
Email					Teléfono fijo						
Teléfono móvil					Fax						

## Persona Física

DNI/ NIE/ Pasaporte:										
Apellido 1º:										
Apellido 2º:										
Nombre:										
Teléfono										

## 4. - Datos del Fallecido:

Apellido 1º:										
Apellido 2º:										
Nombre:					Género					

**5.- Datos del Fallecimiento:**

Día				
Lugar				
Localidad	Provincia	País		

**6.- Datos del Traslado:**

<b>Empresa que realiza el traslado</b>										
Nombre de la Empresa										
<b>Rellenar sólo en caso de que la empresa que realiza la conducción y/o traslado no este registrada en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.</b>										
NIF										
Razón Social										
Tipo de vía		Nombre vía						Nº		
Piso		Puerta		CP		Localidad				
Provincia				País						
Email				Teléfono fijo						
Teléfono móvil			Fax							
<b>Tipo de Exhumación:</b>										
<input type="radio"/>	Exhumación			<input type="radio"/>	Exhumación y traslado dentro del mismo cementerio			<input type="radio"/>	Exhumación y traslado	
<b>Lugar de salida:</b>										
Nombre lugar de origen										
<b>Recorrido:</b>										
<input type="checkbox"/>	Depósito Judicial				<input type="checkbox"/>	Instituto Anatómico Forense				
<b>Paso por Cámara</b>		<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No					
<b>Tanatopraxia (rellénesi si precisa):</b>										
<input type="radio"/>	Conservación Temporal				<input type="radio"/>	Embalsamamiento				
Realizada en			Realizada por							
Nº Colegiación		Día		Hora						
<b>Destino Final:</b>										
<input type="radio"/>	Cementerio			<input type="radio"/>	Crematorio			<input type="radio"/>	Utilización fines científicos o de enseñanza	
Nombre		Localidad								
Provincia				País						
Destino de las Cenizas										
Utilización fines científicos o de enseñanza										
Día traslado				Hora traslado						

**7.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta (*)
Partida literal de defunción.	<input type="checkbox"/>	
Certificados de prácticas tanatológicas (si se precisa)	<input type="checkbox"/>	
Otros certificados facultativos	<input type="checkbox"/>	
Autorización judicial de traslado. Si se va a incinerar debe ser explícito.	<input type="checkbox"/>	
Documentación acreditativa de causa de fallecimiento o clasificación sanitaria de cadáver ( art. 3 Del Decreto 124/1997 de 9 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid).	<input type="checkbox"/>	

En los casos excepción recogidos en el apartado 8 del artículo 26 del Decreto 124/1997 de 9 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid; se deberá aportar la solicitud así como la documentación que lo motive.	<input type="checkbox"/>	
Autorización Consular para los traslados a países no adheridos al Acuerdo de 26 de octubre de 1973, ratificado el 5 de febrero de 1992 sobre traslados internacionales de cadáveres.	<input type="checkbox"/>	
Documentación de Funeraria en caso de que no este registrada en la Comunidad de Madrid	<input type="checkbox"/>	
Otra Documentación	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso del solicitante/representante	<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.

### 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 Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "SISPAL" cuya finalidad es la "vigilancia epidemiológica pública y en salud Pública de enfermedades y lesiones, intervención en materia de S.Pública, diseño y desarrollo de programas de prevención. Gestión de laboratorios de S.Pública. Mejora salud laboral. Investigación en S.Pública. Gestión Personal" y sólo podrán ser cedidos en los casos previstos 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.

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

**Solicitud de Autorización-Acreditación de centros sanitarios  
para la extracción de órganos y tejidos**

## 1.- Datos del Centro:

NIF				Nombre/ Razón Social			
Domicilio social	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP		Localidad			
Teléfono				Código de Centro o Número de Expediente:			

## 2.- Datos de el/la Representante del Centro:

DNI/ NIF				Nombre/ Razón Social (*)			
Apellidos (*)				Teléfono			
Correo electrónico							

(\*) Consigne 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 (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		

## 4.- Tipo de Extracción para Autorización-Acreditación:

TIPO DE EXTRACCIÓN	Nuevo (1)	Renovación (1)
<b>EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS</b>		
Extracción de órganos de donante cadáver (corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas e intestino)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de riñón de donante vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de hígado de donante vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de cualquier otro órgano. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>EXTRACCIÓN DE TEJIDOS</b>		
<b>Extracción de Tejidos de donante cadáver</b>		
Extracción de tejido ocular, tejido osteotendinoso, piel y tejidos compuestos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de válvulas cardíacas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de segmentos vasculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de cualquier otro tejido. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Extracción de Tejidos de donante vivo</b>		
Extracción de membrana amniótica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de sangre de cordón umbilical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de tejido osteotendinoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de condorcitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de progenitores hematopoyéticos procedentes de sangre periférica y médula ósea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de cualquier otro tejido. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Marque la columna "Nuevo" en caso de solicitud inicial, o "Renovación" en caso de solicitudes de renovación.

**5.- Documentación requerida:**

**NOTA: Para las renovaciones no es necesario aportar aquella documentación que se entregara en la solicitud inicial, siempre que no haya habido variaciones.**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	<input type="checkbox"/>	
Memoria detallada de los medios materiales que el centro dispone para los programas solicitados, especificando el cumplimiento de los requisitos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad quirúrgica especializada</li> <li>- Especialista con experiencia demostrada en cada extracción</li> <li>- Sistema de recogida y custodia de la información relativa a sus actividades, de acceso restringido y confidencial.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Equipo Sanitario adscrito al programa solicitado	<input type="checkbox"/>	
Datos del Responsable del programa y su curriculum vitae	<input type="checkbox"/>	
Modelo de consentimiento informado	<input type="checkbox"/>	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	<input type="checkbox"/>	
Documento de colaboración con la Oficina Regional de Trasplante	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Coordinador de trasplante por cada tipo de extracción	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Responsable de Biovigilancia	<input type="checkbox"/>	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>	
Otros documentos. Especifique:	<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.

**6.- 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 "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, 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

**Solicitud de Autorización-Acreditación de centros sanitarios  
para el procesamiento, almacenamiento y distribución de órganos y tejidos**

**1.- Datos del Centro:**

NIF				Nombre/ Razón Social			
Domicilio social	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP		Localidad			
Teléfono				<b>Código de Centro o Número de Expediente:</b>			

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

DNI/ NIF				Nombre/ Razón Social (*)			
Apellidos (*)					Teléfono		
Correo electrónico							

(\*) Consigne 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 (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		

**4.- Tipo de Banco para Autorización-Acreditación:**

TIPO DE BANCO	Nuevo (1)	Renovación (1)
Banco de progenitores hematopoyéticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de sangre de cordón umbilical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de tejido osteotendinoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de segmentos vasculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de válvulas cardíacas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de tejido ocular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de membrana amniótica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de banco. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Marque la columna "Nuevo" en caso de solicitud inicial, o "Renovación" en caso de solicitudes de renovación.

**5.- Observaciones:**

--

**6.- Documentación requerida:**

**NOTA: Para las renovaciones no es necesario aportar aquella documentación que se entregara en la solicitud inicial, siempre que no haya habido variaciones.**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	<input type="checkbox"/>	
Memoria detallada de los medios materiales que el centro dispone para los programas solicitados, especificando además el cumplimiento de los requisitos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de colaboración con los Centros de extracción, Implante y establecimientos de tejidos con los cuales se colabore</li> <li>- Condiciones de envío de los tejidos</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Documentación del Sistema de Calidad que contemple: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuales de procedimientos operativos de las actividades autorizadas y de los procesos críticos</li> <li>- Formularios de transmisión de la información</li> <li>- Manuales de formación y referencia</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Equipo Sanitario adscrito al programa solicitado.	<input type="checkbox"/>	
Datos del Responsable del programa y su currículum vitae.	<input type="checkbox"/>	
Modelo de consentimiento informado.	<input type="checkbox"/>	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	<input type="checkbox"/>	
Documento de colaboración con la Oficina Regional de Trasplante	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Coordinador de trasplante por cada tipo de banco	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Responsable de Biovigilancia	<input type="checkbox"/>	
Documento que recoja el régimen de compensaciones económicas que el establecimiento aplica a sus productos	<input type="checkbox"/>	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>	
Otros documentos. Especifique:	<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 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 "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, 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

**Solicitud de Autorización-Acreditación de centros sanitarios  
para el trasplante de órganos y/o implante de tejidos**
**1.- Datos del Centro:**

NIF				Nombre/ Razón Social			
Domicilio social	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP		Localidad			
Teléfono				Código de Centro o Número de Expediente:			

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

DNI/ NIF				Nombre/ Razón Social (*)			
Apellidos (*)				Teléfono			
Correo electrónico							

(\*) Consigne 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 (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		

**4.- Tipo de Trasplante/ Implante para Autorización-Acreditación:**

ÓRGANOS	Nuevo (1)	Renovación (1)
<b>Trasplante de órganos en adultos</b>		
Trasplante de riñón procedente de donante cadáver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de riñón procedente de donante vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de hígado procedente de donante cadáver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de hígado procedente de donante vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de páncreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante multivisceral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de cualquier otro órgano en adultos. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Trasplante de órganos en infantil</b>		
Trasplante de riñón procedente de donante cadáver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de riñón procedente de donante vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de hígado procedente de donante cadáver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de hígado procedente de donante vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de páncreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante multivisceral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de cualquier otro órgano en infantil. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Marque la columna "Nuevo" en caso de solicitud inicial, o "Renovación" en caso de solicitudes de renovación.

TEJIDOS		Nuevo (1)	Renovación (1)
Implante de tejido osteotendinoso		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de tejido ocular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo autólogo en adultos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo autólogo en infantil		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico emparentado en adultos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico emparentado en infantil		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico NO emparentado en adultos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico NO emparentado en infantil		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de válvulas cardíacas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de segmentos vasculares		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de islotes de páncreas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de piel		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de membrana amniótica		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de tejido compuesto. Especifique:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante de otro tejido. Especifique:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Marque la columna "Nuevo" en caso de solicitud inicial, o "Renovación" en caso de solicitudes de renovación.

#### 5.- Observaciones:

**6.- Documentación requerida:**

**NOTA: Para las renovaciones no es necesario aportar aquella documentación que se entregara en la solicitud inicial, siempre que no haya habido variaciones.**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Fotocopia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fotocopia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	<input type="checkbox"/>	
Memoria detallada de los medios materiales que el centro dispone para los programas solicitados, especificando el cumplimiento de los requisitos indicados en la legislación aplicable.	<input type="checkbox"/>	
Equipo Sanitario adscrito al programa solicitado	<input type="checkbox"/>	
Datos del Responsable del programa y su currículum vitae	<input type="checkbox"/>	
Modelo de consentimiento informado	<input type="checkbox"/>	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	<input type="checkbox"/>	
Documento de colaboración con el Banco de Tejidos a trasplantar. Datos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de envío de los tejidos</li> <li>- Compromiso de reversión de la información solicitada por el Banco para completar la trazabilidad de los tejidos</li> <li>- Compromiso de declaración de incidentes de bioseguridad y de la información necesaria para su completa investigación</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	
Documento de colaboración con la Oficina Regional de Trasplante	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Coordinador de trasplante por cada tipo	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Responsable de Biovigilancia	<input type="checkbox"/>	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>	
Otros documentos. Especifique:	<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 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 "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, 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

**Solicitud de Autorización-Homologación  
de centros relacionados con la reproducción humana asistida**

**1.- Datos del Centro:**

NIF				Nombre/ Razón Social			
Domicilio social	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP			Localidad		
Teléfono				Código de Centro o Número de Expediente:			

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

DNI/ NIF				Nombre/ Razón Social (*)			
Apellidos (*)					Teléfono		
Correo electrónico							

(\*) Consigne 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 (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		

**4.- Oferta asistencial para Autorización-Homologación:**

	Nuevo (1)	Renovación (1)
Banco de semen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratorio de semen para capacitación espermática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inseminación artificial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco de embriones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fecundación in Vitro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recuperación de ovocitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) Marque la columna "Nuevo" en caso de solicitud inicial, o "Renovación" en caso de solicitudes de renovación.

**NOTA: La vigencia de la autorización-homologación es de 5 años.**

**5.- Observaciones:**

--

**6.- Documentación requerida:**

**NOTA: Para las renovaciones no es necesario aportar aquella documentación que se entregara en la solicitud inicial, siempre que no haya habido variaciones.**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo de la representación que ostenta el solicitante en el Centro	<input type="checkbox"/>	
Memoria detallada que incluya la cartera de servicios ofertada por el centro, detallando la organización y funcionamiento de las unidades o servicios que lo componen, recursos humanos y materiales relacionados con el desarrollo de las actividades para las que se solicita la homologación del centro.	<input type="checkbox"/>	
Título académico y currículum vitae de los profesionales de cada modalidad en el que se especifique la experiencia en esa determinada actividad.	<input type="checkbox"/>	
Relación contractual por escrito con el banco y laboratorio de semen o embriones, laboratorio de hormonas y centro hospitalario de referencia en caso de no estar integrado en el mismo centro.	<input type="checkbox"/>	
Modelo de consentimiento informado	<input type="checkbox"/>	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	<input type="checkbox"/>	
Otros documentos. Especifique:	<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.

<b>Información Institucional</b>
----------------------------------

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.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, 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.

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



Dirección General  
de Ordenación e Inspección  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Solicitud de Autorización de locales permanentes o móviles para la asistencia sanitaria a espectáculos públicos (festejos taurinos)**

**1.- Tipo de solicitud:**

<input type="radio"/>	Instalación	Local Permanente en la localidad de :	<input type="radio"/>	Instalación	Centro Móvil matrícula:
<input type="radio"/>	Funcionamiento		<input type="radio"/>	Funcionamiento	

**2.- Datos del interesado:**

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

**3.- Datos de el/la representante:**

NIF				Apellidos				
Nombre/Razón Social						Correo electrónico		
Dirección	Tipo de vía			Nombre vía			Nº	
Localidad					Provincia			CP
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 a aportar:**

**5.1. Autorización Instalación locales permanentes y centros móviles:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF (en caso de persona física)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIF (en caso de persona jurídica)	<input type="checkbox"/>	
Documento justificativo del abono del importe de tasas (modelo 030).	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo de la titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble en el que se va a ubicar el local, en el caso de que sea un local permanente.	<input type="checkbox"/>	
Memoria explicativa del proyecto, en el caso de que sea un local permanente.	<input type="checkbox"/>	
Proyecto de plantilla de personal sanitario del equipo médico-quirúrgico.	<input type="checkbox"/>	
Certificado de dirección de obra firmado por técnico competente y visado por el Colegio Profesional u Organismo oficial competente.	<input type="checkbox"/>	
Memoria del Proyecto Técnico.	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo del cumplimiento del Decreto 31/2003, de 13 de marzo.	<input type="checkbox"/>	
Planos de conjunto y detalle del centro.	<input type="checkbox"/>	
Planos de instalaciones.	<input type="checkbox"/>	
Los centros móviles presentarán: memoria con las especificaciones técnicas de los vehículos, permiso de circulación e Inspección Técnica de los vehículos.	<input type="checkbox"/>	
Equipamiento justificativo y descripción del aparataje.	<input type="checkbox"/>	

**5.2. Autorización Funcionamiento locales permanentes y centros móviles:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Documento justificativo del abono importe de tasas (modelo 030)	<input type="checkbox"/>	
Plantilla sanitaria definitiva.	<input type="checkbox"/>	
Títulos académicos, certificado de colegiación profesional y recibo actualizado al corriente de pago del seguro de responsabilidad civil de la plantilla sanitaria.	<input type="checkbox"/>	
Póliza y recibo vigente del seguro de continente y contenido del local o centro móvil.	<input type="checkbox"/>	
Acreditación del cumplimiento de los requisitos técnicos mínimos de las instalaciones sanitarias establecidos en el RD 414/1996 de 1 de marzo.	<input type="checkbox"/>	
Certificado de la D.G de Industria, Energía y Minas sobre instalaciones eléctricas de baja tensión.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Si existe relación con otras unidades o servicios ajenos, deberá presentarse documentación acreditativa de tal efecto.	<input type="checkbox"/>	
Si el centro es productor de residuos biosanitarios, documento acreditativo de su inscripción en el registro de Pequeños Productores de Residuos Peligrosos.	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo de que se observan las normas que sobre prevención de riesgos laborales se establecen en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre.	<input type="checkbox"/>	
A partir de 6 trabajadores, el centro presentará el Plan de Prevención de Riesgos Laborales.	<input type="checkbox"/>	
En caso de utilización de nombre comercial o rótulo, aportarán Certificado del Registro de la Propiedad Industrial donde figuren los datos de inscripción y su vigencia.	<input type="checkbox"/>	
En caso de tener archivo de historias clínicas informatizado, inscripción en el correspondiente registro de la Agencia de Protección de Datos.	<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.

**6.- EXPONE:****7.- SOLICITA:**

**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 AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS, cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y podrán ser cedidos según 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

**Solicitud de Renovación de Autorización de Funcionamiento de locales permanentes o móviles para la asistencia sanitaria a espectáculos públicos (festejos taurinos)**

**1.- Tipo de solicitud:**

<input type="radio"/>	Renovación Local Permanente en la localidad de :	<input type="radio"/>	Renovación de Centro Móvil matrícula:	<input type="radio"/>	Modificación
-----------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------	--------------

**2.- Datos del interesado:**

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

**3.- Datos de el/la representante**

NIF			Apellidos			
Nombre/Razón Social				Correo electrónico		
Dirección	Tipo de vía	Nombre vía		Nº		
Localidad	Provincia		CP			
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.- EXPONE:**

--

**6.- SOLICITA:**

--

**7.- Documentación a aportar:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento justificativo del abono del importe de tasas (modelo 030).	<input type="checkbox"/>
Plantilla sanitaria actualizada y completa.	<input type="checkbox"/>
Recibo actualizado, al corriente de pago, del seguro de Responsabilidad Civil Profesional de cada uno de los profesionales sanitarios que prestan servicio.	<input type="checkbox"/>
Recibo al corriente de pago, del seguro de continente y contenido del local o centro móvil.	<input type="checkbox"/>
Declaración escrita de no haber realizado modificación de ningún tipo, firmada por el Director Sanitario del local.	<input type="checkbox"/>
Si hay modificación de algún tipo, se presentarán los documentos necesarios que justifiquen autorizar dicha modificación	<input type="checkbox"/>
Recibo actualizado de retirada de residuos, al corriente de pago, con empresa autorizada.	<input type="checkbox"/>
Si existe relación con otras unidades o servicios ajenos a las instalaciones del centro, deberá presentar documentación acreditativa. En su caso:	
Farmacia autorizada para suministro de medicamentos.	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de filtros de aire acondicionado.	<input type="checkbox"/>
Suministro y mantenimiento de gases medicinales.	<input type="checkbox"/>
Concierto con empresa autorizada para el transporte sanitario y relación de ambulancias disponibles.	<input type="checkbox"/>
Esterilización del material sanitario.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo de que se observan las normas que sobre prevención de riesgos laborales se establecen en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre y R.D. 397/1997, de 17 de enero.	<input type="checkbox"/>
En caso de tener archivo de historias clínicas informatizado, inscripción en el correspondiente registro de la Agencia de Protección de Datos.	<input type="checkbox"/>

Información Institucional
<p>Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid</p> <p>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.</p>

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS, cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y podrán ser cedidos según 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.

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



Dirección General  
de Ordenación e Inspección  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

### Solicitud de Inscripción inicial en el Registro de Industrias Alimentarias

#### 1.- Tipo de Solicitud:

<input type="checkbox"/>	Inscripción Inicial
<input type="checkbox"/>	Inscripción almacén anexo <sup>1</sup> Especifique Número de Registro <sup>2</sup> : _____

<sup>1</sup> Artículo 2.3.6 del Real Decreto 1712/91.

<sup>2</sup> Sólo en el caso de solicitar el alta de nuevo almacén anexo con Inscripción inicial ya realizada

#### 2.- Datos del interesado:

NIF	_____	Razón Social	_____
Correo electrónico	_____		
Fax	_____	Teléfono Fijo	_____
		Teléfono Móvil	_____

#### 3.- Datos de el/la representante:

NIF	_____	Apellidos	_____
Nombre	_____	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	_____				

##### 4.3.- Domicilio almacén anexo 1:

Tipo de vía	_____	Nombre vía	_____	Nº	_____
Piso	_____	Puerta	_____	CP	_____
Provincia	_____				

##### 4.4.- Domicilio almacén anexo 2:

Tipo de vía	_____	Nombre vía	_____	Nº	_____
Piso	_____	Puerta	_____	CP	_____
Provincia	_____				

##### 4.5.- Domicilio almacén anexo 3:

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 en el domicilio industrial

**6.- Documentación requerida:****6.1.- Inscripción Inicial:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI del solicitante (En el caso de personas físicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del NIF (En el caso de personas jurídicas)	<input type="checkbox"/>	
Documentación del Sistema de Autocontrol	<input type="checkbox"/>	
Memoria complementaria (si procede)	<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.

**6.2.- Almacén anexo:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documentación del Sistema de Autocontrol que contemple la actividad de los almacenes	<input type="checkbox"/>

**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 SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias alimentarias, 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.

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

## Solicitud de Modificaciones del Registro de Industrias Alimentarias

## 1.- Tipo de Solicitud:

<input type="checkbox"/>	Convalidación (Tipo A)	Especifique Número de Registro:	
<input type="checkbox"/>	Cambio (Tipo B)		
<input type="checkbox"/>	Baja de la Inscripción		

## 1.1.- Tipo de Cambio - Sólo en los casos de cambio (Tipo B):

<input type="checkbox"/>	De Titularidad (Tipo B1)	<input type="checkbox"/>	Ampliación de Actividad (Tipo B2)	<input type="checkbox"/>	De Domicilio Social (Tipo B3)	<input type="checkbox"/>	De Domicilio Industrial (Tipo B4)	<input type="checkbox"/>	Cese de Actividad (Tipo B5)
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------

## 2.- Datos del interesado:

NIF		Razón Social	
Correo electrónico			
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	

## 3.- Datos de el/la representante:

NIF:		Apellidos	
Nombre		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 en el domicilio industrial

## 6.- Documentación requerida:

## 6.1.- Tipo A – Convalidación del RSI:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Declaración del Titular de ausencia de modificaciones en instalaciones y/o procesos (si procede)	<input type="checkbox"/>
Documentación actualizada del Sistema de Autocontrol (si procede)	<input type="checkbox"/>

## 6.2.- Tipo B – Cambios:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
<b>Tipo B.1 – Cambio de Titularidad</b>		
Copia del DNI del nuevo titular (En el caso de personas físicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del NIF del nuevo titular (En el caso de personas jurídicas)	<input type="checkbox"/>	
Copia simple del documento público o privado que justifique el cambio de titularidad, firmado por ambas partes.	<input type="checkbox"/>	
Escrito del anterior titular de cesión del N° de RSI	<input type="checkbox"/>	
Documentación actualizada del Sistema de Autocontrol (si procede)	<input type="checkbox"/>	
<b>Tipo B.2 – Cambio Ampliación de Actividad</b>		
Documentación actualizada del Sistema de Autocontrol (si procede)	<input type="checkbox"/>	
Memoria complementaria (si procede)	<input type="checkbox"/>	
<b>Tipo B.3 – Cambio de Domicilio Social</b>		
Copia del DNI (En el caso de personas físicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del NIF (En el caso de personas jurídicas)	<input type="checkbox"/>	
<b>Tipo B.4 – Cambio de Domicilio Industrial</b>		
Documentación actualizada del Sistema de Autocontrol	<input type="checkbox"/>	
Memoria complementaria	<input type="checkbox"/>	
<b>Tipo B.5 – Cambio Cese de Actividad</b>		
Escrito indicando la actividad en la que se da de baja, de las que se encontraban inscritas.	<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
<p>Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid</p> <p>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.</p>

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias alimentarias, 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.

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

**Solicitud de Autorización de Almacén de distribución de materias primas veterinarias****1.- Datos del Titular:**

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono de contacto:	

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

**2.- Datos de el/la representante:**

DNI/ NIF:		Apellidos	
Nombre		Título de representación:	

**3.- Datos del Almacén:**

Nombre del Almacén					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
				Localidad	

**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 requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI del Titular o Representante (para personas físicas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia del NIF del Titular o Representante (para personas jurídicas).	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo de la Representación (En su caso)	<input type="checkbox"/>	
Planos de situación y distribución del establecimiento y de sus locales	<input type="checkbox"/>	
Memoria explicativa del proyecto, de los medios tecnológicos y humanos de que disponen para el desarrollo de su actividad.	<input type="checkbox"/>	
Autorización municipal	<input type="checkbox"/>	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<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 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 MEDVET, cuya finalidad es el Control de la comercialización de medicamentos veterinarios e instrumento de control de medicamentos veterinarios. No se realizarán 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.

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

(03/15.618/10)