

Consejería de Sanidad

298 *RESOLUCIÓN de 15 de enero 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 almacén farmacéutico de distribución de medicamentos de uso humano.
- Autorización de almacén de distribución al por mayor de medicamentos veterinarios.
- Autorización de oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid.
- Autorización de centros y servicios sanitarios.
- Registro de establecimientos de tatuajes, micropigmentación, perforación cutánea (“piercing”) u otras prácticas similares de adorno corporal.
- Comunicación de publicidad de medicamentos de uso humano.

- Autorización de fabricación de productos sanitarios a medida.
- Comunicación de comercialización de productos sanitarios para diagnóstico “in vitro”.
- Acreditación de Comités Éticos de Investigación Clínica.
- Evaluación de protocolos de investigación por el CEIC Regional.
- Primera obtención/renovación del carné de aplicador de plaguicidas de uso en salud pública.
- Autorización de veterinarios colaboradores en cacerías y monterías y matanzas domiciliarias de cerdos para autoconsumo.
- Autorización de Ayuntamientos para la realización de la campaña anual de matanza domiciliaria de cerdos con destino a autoconsumo en su término municipal.
- Comunicación de medicamentos hospitalarios y envases clínicos para uso veterinario.
- Autorización de cursos de formación para personal que realiza operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario en instalaciones de riesgo de legionela.
- Comunicación de fichas de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a amianto.
- Comunicación de inscripción en el Registro de empresas, instalaciones y servicios funerarios.

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”.

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 15 de enero de 2010.—El Director General de Ordenación e Inspección, Manuel Molina Muñoz.



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ALMACÉN FARMACÉUTICO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

1.- Tipo de Solicitud:

☐	Autorización inicial		☐	Cambio de Titularidad
☐	Modificación en las instalaciones		☐	Cambio en nombramiento de farmacéuticos
☐	Traslado de instalaciones		☐	Revocación (Cierre de actividad)

2.- Datos del Titular:

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

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

3.- Datos de el/la representante:

DNI/ NIF:				Apellidos			
Nombre					Título de representación:		

4.- Datos del Almacén:

Tipo de vía				Nombre vía				Nº
Piso		Puerta		CP		Localidad		
Teléfono					Fax			
Objeto de la Solicitud (Marque donde corresponda)				☐ Almacenamiento y distribución de Medicamentos				
				☐ Adquisición de productos a granel para distribución al detalle				
				☐ Almacenamiento y distribución de Gases Medicinales				

5.- Datos del Director Técnico:

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre					Teléfono		
Correo electrónico							

6.- Medio de notificación:

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

7.- Documentación requerida:**7.1.- Para autorización inicial:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
DNI/ NIF del Titular	☐	☐
DNI/ NIF del representante (En su caso)	☐	☐
Título de Representación/ Apoderamiento del representante (En su caso)	☐	
Escritura de constitución de la empresa	☐	
Justificación documental de disponibilidad jurídica del local	☐	
Organigrama del Almacén	☐	
Descripción de Funciones del personal	☐	
Listado de PNT de todas las actividades del almacén	☐	
Plan de emergencia de retirada urgente de medicamentos	☐	
Zonificación del territorio a abastecer	☐	
Relación de equipamiento	☐	
Horario de funcionamiento	☐	
Sistema de registro de documentación	☐	
Proyecto Técnico Básico	☐	
Planos del local y áreas de funcionamiento y flujo de mercancías	☐	
Contrato de servicios de DDD	☐	
DNI Director Técnico propuesto	☐	
Anexo I – Nombramiento, declaración de incompatibilidad y dedicación horaria del Director Técnico de un almacén farmacéutico de distribución de medicamentos de uso humano	☐	
Título farmacéutico del Director Técnico	☐	
Certificado de Colegiación del Director Técnico	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	

(*) 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.

7.2.- Para Modificaciones:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Justificación documental de disponibilidad jurídica del local (si se ve afectado)	☐
Relación de equipamiento (si se ve afectado)	☐
Sistema de registro de documentación (si se ve afectado)	☐
Proyecto Técnico Básico (si se ve afectado)	☐
Planos del local y áreas de funcionamiento y flujo de mercancías. (si se ve afectado)	☐
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐

7.3.- Para Traslado de instalaciones:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Justificación documental de disponibilidad jurídica del local	☐
Organigrama del Almacén (si se ve afectado)	☐
Descripción de Funciones del personal (si se ve afectado)	☐
Listado de PNT de todas las actividades del almacén (si se ve afectado)	☐
Plan de emergencia de retirada urgente de medicamentos (si se ve afectado)	☐
Zonificación del territorio a abastecer	☐
Relación de equipamiento	☐
Horario de funcionamiento (si se ve afectado)	☐
Sistema de registro de documentación (si se ve afectado)	☐
Proyecto Técnico Básico	☐
Planos del local y áreas de funcionamiento y flujo de mercancías.	☐
Contrato de servicios de DDD	☐
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐

7.4.- Para Cambio de Titular:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
DNI/ NIF del nuevo Titular	☐	☐
DNI/ NIF del representante (En su caso)	☐	☐
Título de Representación/ Apoderamiento del representante (En su caso)	☐	
Escritura de constitución de la empresa	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	

(*) 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.

7.5.- Para Cambio de nombramiento de farmacéuticos:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento de Cese del anterior farmacéutico (Titular o suplente)	☐
DNI del nuevo Director Técnico propuesto	☐
Anexo I – Nombramiento, declaración de incompatibilidad y dedicación horaria del nuevo Director Técnico de un almacén farmacéutico de distribución de medicamentos de uso humano	☐
Título farmacéutico del nuevo Director Técnico	☐
Certificado de Colegiación del nuevo Director Técnico	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero ALMACENESFCO, cuya finalidad es tramitar, gestionar, controlar e inspeccionar la actividad de los almacenes farmacéuticos de distribución de medicamentos de uso humano y veterinario, 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.

DESTINATARIOConsejería 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 ALMACÉN DE DISTRIBUCIÓN AL POR MAYOR
DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS**

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:

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
☐	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 (*)
DNI/ NIF del Titular o Representante.	☐	☐
Documento acreditativo de la Representación (En su caso)	☐	
Documento acreditativo de la propiedad o dependencia jurídica del almacén	☐	
Planos de situación y distribución del establecimiento y de los locales del mismo	☐	
Memoria explicativa del proyecto, de los medios tecnológicos y humanos de que disponen para el desarrollo de su actividad	☐	
Autorización municipal del establecimiento	☐	
Aceptación del nombramiento y Declaración del Director Técnico responsable de Almacén de distribución al por mayor de medicamentos veterinarios (Anexo I)	☐	
Título académico del Director Técnico farmacéutico	☐	
Cédula de colegiación del Director Técnico farmacéutico	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	

(*) 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.

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.

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 OFICINAS DE FARMACIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

1.- Tipo de solicitud:

☐	Instalación	☐	Transmisión	☐	Traslado	☐	Modificación	☐	Cierre
☐ Instalación ☐ Inspección		☐ "Inter vivos" ☐ "Mortis Causa" ☐ Inspección		☐ Traslado ☐ Inspección		☐ Modificación ☐ Ampliación ☐ Reducción			

Solo rellenar en caso de Transmisión "inter vivos"

Manifestación de que la transmisión de oficina de farmacia se realiza a favor de:	
Cónyuge farmacéutico (acreditar relación conyugal)	☐
Descendiente farmacéutico en primer grado	☐
Farmacéutico regente	☐
Farmacéutico sustituto	☐
Farmacéutico Adjunto	☐
Terceros Farmacéuticos Colegiados	☐

Solo rellenar en caso traslados (inspección).

Comunicación de la fecha del cierre de la farmacia en su anterior emplazamiento.	
--	--

Solo rellenar en caso de modificación

Manifestación (marcar solo en caso afirmativo) de si la modificación afectará a la zona del laboratorio.	☐
--	--------------------------

2.- Datos del interesado:

DNI/ NIF:			
Apellido 1º:			
Apellido 2º:			
Nombre:			
Teléfono fijo		Teléfono móvil	

3. Datos del representante:

DNI:			
Apellido 1º:			
Apellido 2º:			
Nombre:			
Teléfono fijo		Teléfono móvil	

4.- Datos del local:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
CP		Email			
Localidad			Provincia		
Teléfono fijo			Teléfono móvil		

5.- Medio de notificación:

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

6.- Documentación requerida:**6.1.- Solo para instalaciones de nuevas oficinas de farmacia:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que justifique la disponibilidad jurídica del local propuesto: escritura de compraventa, contrato de arrendamiento, otros documentos que así lo acrediten. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original (o fotocopia compulsada) del mismo.	☐
Croquis con el emplazamiento del local propuesto, en el que se indicarán la situación y las distancias con respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista. Este croquis debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos original.	☐
Plano acotado a escala 1:50 del local propuesto realizado en planta de distribución. Este plano debe ir fechado y firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐
Plano del local propuesto en relación con el edificio del que forma parte. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐
Declaración jurada de no incurrir en causa invalidante para el ejercicio profesional como director técnico propietario de oficina de farmacia.	☐
Abono de la tasa correspondiente mediante Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	☐

Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
☐	☐

(*) 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.- Solo para transmisión de oficinas de farmacia:**6.2.1- Solo para transmisión de oficina de farmacia "inter vivos":**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Madrid en el que conste la fecha de apertura, titularidad actual de los misma	☐
Si la transmisión se quiere realizar mediante donación, total o parcial, se adjuntará la escritura de donación y aceptación. La efectividad de la escritura deberá ser diferida al momento del acto de cambio de titularidad. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar fotocopia compulsada de la misma	☐

Manifestación expresa del farmacéutico solicitante de no incurrir en la limitación que señala el artículo 40 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre; es decir, que no tiene presentada solicitud para apertura de nueva oficina de farmacia tras la entrada en vigor de esta Ley 19/1998, de 25 de noviembre.	☐
Plano a escala del local que ocupa la Oficina, con la especificación de las zonas de distribuciones. El tamaño máximo admitido será DIN A-3.	☐
Si se tratara de transmisiones indivisas, se hará constar el tanto por ciento que se desea transmitir.	☐
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	☐
Renuncia expresa de todos los que pudieran tener el derecho (cónyuge o descendiente farmacéutico en primer grado, regente, sustituto o adjunto).	☐
Manifestación expresa de que no existen tales u otros beneficiarios del derecho.	☐
Documento acreditativo de la personalidad del solicitante y, en su caso, de la representación que ostente.	☐

	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso	☐	☐

(*) 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.

6.2.2- Solo para transmisión de oficina de farmacia “mortis causa”:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Certificado de defunción del titular de la oficina de farmacia	☐
Testamento, si lo hubiere, o bien, manifestación notarial de declaración de herederos. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar fotocopia compulsada de la misma	☐
Voluntad expresa de todos los herederos de transmitir la oficina de farmacia, que podrá ser ejercitado en el plazo máximo de 24 meses, durante los cuales estará al frente de la farmacia un regente, o en su defecto, comunicación de cierre temporal (plazo máximo de 2 años) acreditar la situación que corresponda.	☐
Plano a escala del local que ocupe la oficina de farmacia	☐
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	☐

6.2.3- Solo para solicitud de visita de inspección en transmisión de oficina de farmacia.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento acreditativo de la colegiación del nuevo/s titular/es en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.	☐
Documentación acreditativa de no incurrir en ninguna de las causas de incompatibilidad fijadas por la normativa vigente.	☐
Relación fechada, firmada y sellada (con sello antiguo) por el antiguo y el nuevo titular, de los estupefacientes y materias primas psicotrópicas caducadas y no caducadas que le son transmitidas junto con la oficina de farmacia y que estarán disponibles el día de la visita (número de envases, o cantidad, lote y caducidad).	☐
Licencia Municipal de la actividad a nombre del nuevo titular, o en su defecto solicitud de cambio de titularidad con el justificante de pago de tasa correspondiente, aportando fotocopia de la licencia una vez obtenida.	☐
Títulos académicos originales de los antiguos y nuevos titulares o documento emitido por el Órgano competente que acredite que se está tramitando el expediente del mismo.	☐
Escritura de compraventa de la oficina de farmacia que se ajuste al resuelto de la Resolución. Nota: En las escrituras deberá figurar expresamente que la titularidad administrativa y sanitaria de la oficina de farmacia corresponde, únicamente, al/o a la farmacéutico/a que adquiere, con independencia del régimen conyugal que ostenten.	☐

Acreditación de la disponibilidad jurídica del local (escritura de compraventa, contrato de arrendamiento, cesión de uso, etc.).	☐
Plano del local actualizado del estado de la oficina de farmacia a la fecha, realizado por técnico competente (escala 1:50) con indicación de accesos a vía pública y mobiliario fijo en el que figuren las zonas diferenciadas de la oficina de farmacia (Ley 19/1998).	☐
Plano de localización. Deberá coincidir con la dirección expresada en la Resolución o justificar su cambio mediante certificación municipal.	☐

Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
☐	☐

(*) 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.

6.3.- Solo para traslados de oficinas de farmacia:

6.3.1- Solo para el traslado de una oficina de farmacia:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que justifique la disponibilidad jurídica del local propuesto: escritura de compraventa, contrato de arrendamiento u otros documentos que así lo acrediten. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original (o fotocopia compulsada) del mismo.	☐
Croquis con el emplazamiento del local propuesto, en el que se indicarán la situación y las distancias con respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los Centros de Salud existentes o cuya construcción esté prevista. Este croquis debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore, siendo El tamaño máximo admitido DIN-A3. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública (artículo 29 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original y fotocopia del mismo.	☐
Plano acotado a escala 1:50 del local propuesto realizado en planta de distribución. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3) Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐
Plano del local propuesto en relación con el edificio del que forma parte. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3) Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐
Abono de la tasa correspondiente mediante Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	☐
Manifestación expresa del Farmacéutico indicando que, en el momento de la solicitar la visita de inspección o puesta en marcha de la misma, la oficina de farmacia contará , al menos, con las zonas establecidas en el artículo 29.1 ley 19/1998 de 25 de noviembre de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.	☐
Si el traslado de la oficina de farmacia fuera forzoso deberá acreditarse de forma objetiva esta circunstancia.	☐

Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
☐	☐

(*) 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.

6.3.2- Solo para solicitud de visita de inspección para el traslado de una oficina de farmacia.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Cédula de colegiación de los titulares en la que consta la nueva ubicación de la Oficina de Farmacia Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original	☐
Documento que justifique la disponibilidad jurídica del local propuesto: escritura de compraventa, contrato de arrendamiento u otros documentos que así lo acrediten. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original (o fotocopia compulsada) del mismo.	☐
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, en la que conste la nueva ubicación de la oficina de farmacia.	☐
Documentación acreditativa de no incurrir en ninguna de las causas de incompatibilidad fijadas por la normativa vigente.	☐
Relación de estupefacientes y materias primas psicotrópicas que estarán disponibles en la oficina de farmacia el día de la apertura en su nueva ubicación (número de envases, o cantidad, lote y caducidad).	☐
Licencia Municipal de la apertura o su solicitud (aportando fotocopia de la licencia una vez obtenida).	☐
Títulos académicos de el/los titulares o la autoliquidación de expedición del título correspondiente (anverso y reverso). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original (o fotocopia compulsada) del mismo.	☐
Acreditación, en su caso, de disponibilidad jurídica del local (escritura de compraventa, contrato de arrendamiento, cesión de uso,...).	☐
Plano del nuevo local con indicación de accesos a vía pública y mobiliario fijo en el que figuren las zonas diferenciadas de la oficina de farmacia (Ley 19/1998).	☐
Plano de la nueva localización que deberá coincidir con la dirección expresada en la Resolución que autoriza al traslado o justifica su cambio mediante documentación oficial	☐

6.4.- Modificación de oficinas de farmacia (reforma interior, ampliación y reducción) ():**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Plano, a escala, del local original. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	☐
Plano, a escala, del local resultante después de la modificación, siendo necesario que se hagan constar las siguientes zonas: atención al público, almacén, laboratorio y despacho del farmacéutico. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore. El tamaño máximo admitido será DIN-A3. Dicho plano deberá ser acotado, a escala 1:50 realizado en planta de distribución y visado por el colegio profesional correspondiente Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar tres ejemplares.	☐
Abono de la tasa correspondiente mediante Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	☐
Manifestación expresa del Farmacéutico solicitante indicando que la Oficina de Farmacia tras la modificación contara con las zonas establecidas en el artículo 29.1 de la ley 19/1998 de 25 de noviembre.	☐

(**) Documentación común a todas las modificaciones.

Fotocopia DNI / NIE anverso y reverso

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
☐	☐

(*) 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.

6.4.1- Documentación específica para la autorización para la ampliación del local de una oficina de farmacia

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que disponen ambos locales y la superficie útil resultante tras la ampliación, detalle de su distribución por zonas, plantas que ocupa y características de sus accesos desde la vía pública, haciendo constar expresamente que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública (artículo 29 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original y fotocopia.	☐
Documento que justifique la disponibilidad jurídica del local que se pretende anexionar: contrato de compraventa, contrato de arrendamiento u otros documentos que así lo acrediten. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar fotocopia compulsada.	☐
Croquis con el emplazamiento del local propuesto en el que se indicarán la situación y distancias respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐

6.4.2- Documentación específica para la autorización para la reducción del local de una oficina de farmacia

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que disponen ambos locales y la superficie útil resultante tras la reducción, detalle de su distribución por zonas, plantas que ocupa y características de sus accesos desde la vía pública, haciendo constar expresamente que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública (artículo 29 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar original y fotocopia.	☐
Croquis con el emplazamiento del local propuesto en el que se indicarán la situación y distancias respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares.	☐

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 óptica, y 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 de Inspección
---------------------	--

Etiqueta del Registro

AUTORIZACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

SOLICITUD DE INSTALACIÓN:

1.- Datos del interesado o representante:

NIF/ NIE/ Pasaporte:											
Apellido 1º:											
Apellido 2º:											
Nombre:											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia		
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

2.- Datos del centro:

NIF:			Nombre del centro								
Razón Social											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Email					
Localidad				Provincia							
Teléfono fijo				Teléfono móvil							

Tipología de centro	
☐	C.1.1 Hospitales generales.
☐	C.1.2 Hospitales especializados.
☐	C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.
☐	C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.
☐	C.1.90 Otros centros con internamiento.
☐	C.2.1 Consultas médicas.
☐	C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
☐	C.2.3 Centros de atención primaria.
☐	C.2.3.1 Centros de salud.
☐	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.
☐	C.2.4 Centros Polivalentes.
☐	C.2.5 Centros Especializados.
☐	C.2.5.1 Clínicas dentales.
☐	C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
☐	C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.

☐	C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
☐	C.2.5.5 Centros de diálisis.
☐	C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
☐	C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
☐	C.2.5.8 Centros de transfusión.
☐	C.2.5.9 Bancos de tejidos.
☐	C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico.
☐	C.2.5.11 Centros de salud mental.
☐	C.2.5.90 Otros centros especializados.
☐	C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.
☐	C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

Tipo de Unidad	
☐	U.1 Medicina general/de familia.
☐	U.2 Enfermería.
☐	U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
☐	U.4 Podología.
☐	U.5 Vacunación.
☐	U.6 Alergología.
☐	U.7 Cardiología.
☐	U.8 Dermatología.
☐	U.9 Aparato digestivo.
☐	U.10 Endocrinología.
☐	U.11 Nutrición y Dietética.
☐	U.12 Geriatria.
☐	U.13 Medicina interna.
☐	U.14 Nefrología.
☐	U.15 Diálisis.
☐	U.16 Neumología.
☐	U.17 Neurología.
☐	U.18 Neurofisiología.
☐	U.19 Oncología.
☐	U.20 Pediatría.
☐	U.21 Cirugía pediátrica.
☐	U.22 Cuidados intermedios neonatales.
☐	U.23 Cuidados intensivos neonatales.
☐	U.24 Reumatología.
☐	U.25 Obstetricia.

☐	U.26 Ginecología.
☐	U.27 Inseminación artificial.
☐	U.28 Fecundación in vitro.
☐	U.29 Banco de semen.
☐	U.30 Laboratorio de semen para captación espermática.
☐	U.31 Banco de embriones.
☐	U.32 Recuperación de oocitos.
☐	U.33 Planificación familiar.
☐	U.34 Interrupción voluntaria del embarazo.
☐	U.35 Anestesia y Reanimación.
☐	U.36 Tratamiento del dolor.
☐	U.37 Medicina intensiva.
☐	U.38 Quemados.
☐	U.39 Angiología y Cirugía Vascular.
☐	U.40 Cirugía cardíaca.
☐	U.41 Hemodinámica.
☐	U.42 Cirugía torácica.
☐	U.43 Cirugía general y digestivo.
☐	U.44 Odontología/Estomatología.
☐	U.45 Cirugía maxilofacial.
☐	U.46 Cirugía plástica y reparadora.
☐	U.47 Cirugía estética.
☐	U.48 Medicina cosmética.
☐	U.49 Neurocirugía.
☐	U.50 Oftalmología.
☐	U.51 Cirugía refractiva.
☐	U.52 Otorrinolaringología.
☐	U.53 Urología.
☐	U.54 Litotricia renal.
☐	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología.
☐	U.56 Lesionados medulares.
☐	U.57 Rehabilitación.
☐	U.58 Hidrología.
☐	U.59 Fisioterapia.
☐	U.60 Terapia ocupacional.
☐	U.61 Logopedia.
☐	U.62 Foniatría.
☐	U.63 Cirugía mayor ambulatoria.

☐	U.64 Cirugía menor ambulatoria.
☐	U.65 Hospital de día.
☐	U.66 Atención sanitaria domiciliaria.
☐	U.67 Cuidados paliativos.
☐	U.68 Urgencias.
☐	U.69 Psiquiatría.
☐	U.70 Psicología clínica.
☐	U.71 Atención sanitaria a drogodependientes.
☐	U.72 Obtención de muestras.
☐	U.73 Análisis clínicos.
☐	U.74 Bioquímica clínica.
☐	U.75 Inmunología.
☐	U.76 Microbiología y Parasitología.
☐	U.77 Anatomía patológica.
☐	U.78 Genética.
☐	U.79 Hematología clínica.
☐	U.80 Laboratorio de hematología.
☐	U.81 Extracción de sangre para donación.
☐	U.82 Servicio de transfusión.
☐	U.83 Farmacia.
☐	U.84 Depósito de medicamentos.
☐	U.85 Farmacología clínica.
☐	U.86 Radioterapia.
☐	U.87 Medicina nuclear.
☐	U.88 Radiodiagnóstico.
☐	U.89 Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones ionizantes.
☐	U.90 Medicina preventiva.
☐	U.91 Medicina de la educación física y el deporte.
☐	U.92 Medicina hiperbárica.
☐	U.93 Extracción de órganos.
☐	U.94 Trasplante de órganos.
☐	U.95 Obtención de tejidos.
☐	U.96 Implantación de tejidos.
☐	U.97 Banco de tejidos.
☐	U.98 Medicina aeronáutica.
☐	U.99 Medicina del trabajo.
☐	U.100 Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo).
☐	U.101 Terapias no convencionales.
☐	U.900 Otras unidades asistenciales.

Observaciones

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación a aportar:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
1.- Justificante del abono del importe de las tasas (modelo 030).	☐	
2.- NIF si el titular es persona física.	☐	☐
3.- Si es persona jurídica:	☐	
3.1.- Estatutos de Sociedad.	☐	
3.2.- NIF	☐	
3.3.- Representación que ostente el solicitante.	☐	
3.4.- NIF del representante.	☐	☐
3.5.- Acuerdo creación centro.	☐	
4.- Escritura compra-venta o contrato arrendamiento o documento disponibilidad jurídica del inmuebles.	☐	
5.- Memoria sanitaria especificando la cartera de servicios firmada por el responsable sanitario.	☐	

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
6.- Cuando se trate de centros con instalación fija de equipos electromédicos y /o emisores de radiaciones ionizantes o de alta tecnología presentarán proyecto técnico : 5.1 Memoria del proyecto técnico. Normativa aplicada. 5.2 Planos conjuntos y detalle escala 1/50 ó 1/100. 5.3 Planos instalaciones escala 1/50 ó 1/100 – Exclusión de barreras en el acceso al centro y en el interior del mismo.	☐	
7. En el caso de tratarse de unidades móviles de atención sanitario, el proyecto técnico incluirá además una memoria con las especificaciones técnicas, permiso de circulación e inspección técnica de los vehículos dónde se proyecte prestar los servicios.	☐	
8.- Cuando se trate de centros sin internamiento, sin actividad quirúrgica y con equipamiento simple, si se encuentran en locales ya construidos cumpliendo la normativa vigente de construcción, instalación y seguridad, presentarán planos a escala de conjunto y de detalle del centro sanitario, con localización de los equipos y mobiliario, haciendo constar que no existen barreras arquitectónicas ni interiores o exteriores.	☐	
9.- Relación de equipamiento. Cuando exista Autoclave se incluirá si dispone control de presión y de temperatura, que permita el embolsado previo a la esterilización.	☐	
10.- Proyecto plantilla personal: 8.1 Facultativos. 8.2 Diplomados.	☐	

(*) 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 Público

En Madrid, 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 podrán ser 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 Ordenación e Inspección.



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

AUTORIZACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

SOLICITUD DE FUNCIONAMIENTO:

1.- Datos del interesado o representante:

NIF/ NIE/ Pasaporte:											
Apellido 1º:											
Apellido 2º:											
Nombre:											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia			
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

2.- Datos del centro:

NIF:			Nombre del Centro:								
Razón Social											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Email					
Localidad						Provincia					
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

Tipología de centro	
☐	C.1.1 Hospitales generales.
☐	C.1.2 Hospitales especializados.
☐	C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.
☐	C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.
☐	C.1.90 Otros centros con internamiento.
☐	C.2.1 Consultas médicas.
☐	C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
☐	C.2.3 Centros de atención primaria.
☐	C.2.3.1 Centros de salud.
☐	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.
☐	C.2.4 Centros Polivalentes.
☐	C.2.5 Centros Especializados.
☐	C.2.5.1 Clínicas dentales.
☐	C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
☐	C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
☐	C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.

☐	C.2.5.5 Centros de diálisis.
☐	C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
☐	C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
☐	C.2.5.8 Centros de transfusión.
☐	C.2.5.9 Bancos de tejidos.
☐	C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico.
☐	C.2.5.11 Centros de salud mental.
☐	C.2.5.90 Otros centros especializados.
☐	C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.
☐	C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

Tipo de Unidad	
☐	U.1 Medicina general/de familia.
☐	U.2 Enfermería.
☐	U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
☐	U.4 Podología.
☐	U.5 Vacunación.
☐	U.6 Alergología.
☐	U.7 Cardiología.
☐	U.8 Dermatología.
☐	U.9 Aparato digestivo.
☐	U.10 Endocrinología.
☐	U.11 Nutrición y Dietética.
☐	U.12 Geriatria.
☐	U.13 Medicina interna.
☐	U.14 Nefrología.
☐	U.15 Diálisis.
☐	U.16 Neumología.
☐	U.17 Neurología.
☐	U.18 Neurofisiología.
☐	U.19 Oncología.
☐	U.20 Pediatría.
☐	U.21 Cirugía pediátrica.
☐	U.22 Cuidados intermedios neonatales.
☐	U.23 Cuidados intensivos neonatales.
☐	U.24 Reumatología.
☐	U.25 Obstetricia.
☐	U.26 Ginecología.
☐	U.27 Inseminación artificial.
☐	U.28 Fecundación in vitro.
☐	U.29 Banco de semen.

☐	U.30 Laboratorio de semen para captación espermática.
☐	U.31 Banco de embriones.
☐	U.32 Recuperación de oocitos.
☐	U.33 Planificación familiar.
☐	U.34 Interrupción voluntaria del embarazo.
☐	U.35 Anestesia y Reanimación.
☐	U.36 Tratamiento del dolor.
☐	U.37 Medicina intensiva.
☐	U.38 Quemados.
☐	U.39 Angiología y Cirugía Vascular.
☐	U.40 Cirugía cardíaca.
☐	U.41 Hemodinámica.
☐	U.42 Cirugía torácica.
☐	U.43 Cirugía general y digestivo.
☐	U.44 Odontología/Estomatología.
☐	U.45 Cirugía maxilofacial.
☐	U.46 Cirugía plástica y reparadora.
☐	U.47 Cirugía estética.
☐	U.48 Medicina cosmética.
☐	U.49 Neurocirugía.
☐	U.50 Oftalmología.
☐	U.51 Cirugía refractiva.
☐	U.52 Otorrinolaringología.
☐	U.53 Urología.
☐	U.54 Litotricia renal.
☐	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología.
☐	U.56 Lesionados medulares.
☐	U.57 Rehabilitación.
☐	U.58 Hidrología.
☐	U.59 Fisioterapia.
☐	U.60 Terapia ocupacional.
☐	U.61 Logopedia.
☐	U.62 Foniatría.
☐	U.63 Cirugía mayor ambulatoria.
☐	U.64 Cirugía menor ambulatoria.
☐	U.65 Hospital de día.
☐	U.66 Atención sanitaria domiciliaria.
☐	U.67 Cuidados paliativos.
☐	U.68 Urgencias.
☐	U.69 Psiquiatría.
☐	U.70 Psicología clínica.

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación a aportar:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
1.-Justificante del abono del importe de las tasas (modelo 030).	☐
2.- Plantilla sanitaria definitiva.	☐
3.- Títulos académicos personal sanitario: 4.1 Facultativos. 4.2 Diplomados.	☐
4.- Certificados de colegiación.	☐
5.- Seguro de continente y contenido del centro sanitario: 5.1 Póliza. 5.2 Recibo vigente.	☐
6.- Seguro responsabilidad civil profesional: 6.1 Póliza. 6.2 Recibo vigente.	☐
7.- Marcado conformidad de los aparatos eléctricos utilizados en medicina (marcado CE RD 414/1996).	
8.- En el caso de que en el centro existan instalaciones radiactivas habrá que aportar: 8.1 Informe preceptivo del Consejo de Seguridad Nuclear o Inscripción de los aparatos de rayos X en el Registro de la Dirección General Industria, Energía y Minas. 8.2 Certificado de los controles de las instalaciones efectuados por la Unidad Técnica de Protección Radiológica. 8.3 Documento acreditativo del título de Director y/u operador de instalaciones radiológicas. 8.4 Primera hoja del documento de presentación del programa de garantía de calidad.	☐
9.- Si el centro es productor de residuos biosanitarios deberán presentar: 9.1 Inscripción en el Registro de Pequeños Productores de Residuos Peligrosos de la Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del territorio de la C.M. 9.2 Contrato actualizado de retirada de residuos con empresa autorizada.	☐
10.- Empresa autorizada para la retirada de los residuos biosanitarios.	☐
11.- Si existe relación con otras unidades o servicios ajenos: fotocopia del contrato o acuerdo con el centro concertado y autorización sanitaria del mismo.	☐
12.- Documento acreditativo de que el Centro sanitario cumple las normas sobre Prevención de Riesgos Laborales (Ley 3195, de 8 de noviembre).	☐
13.- Inscripción en el Registro de la Agencia de Protección de Datos.	☐

5.- Documentación opcional a aportar:

1.- Modelo de conformidad para los titulares de los centros sanitarios en caso de tratarse de personas físicas.	☐
2.- En caso de utilización de nombre comercial o rótulo, certificado de registro de la Propiedad Industrial.	☐

En Madrid, 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 podrán ser 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.

DESTINATARIOConsejería 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 CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

SOLICITUD DE RENOVACIÓN:

1.- Datos del interesado o representante:

NIF/ NIE/ Pasaporte:											
Apellido 1º:											
Apellido 2º:											
Nombre:											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia			
Teléfono fijo								Teléfono móvil			

2.- Datos del centro:

NIF:		Nombre del centro:									
Razón Social											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Email					
Localidad								Provincia			
Teléfono fijo								Teléfono móvil			

Tipología de centro	
☐	C.1.1 Hospitales generales.
☐	C.1.2 Hospitales especializados.
☐	C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.
☐	C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.
☐	C.1.90 Otros centros con internamiento.
☐	C.2.1 Consultas médicas.
☐	C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
☐	C.2.3 Centros de atención primaria.
☐	C.2.3.1 Centros de salud.
☐	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.
☐	C.2.4 Centros Polivalentes.
☐	C.2.5 Centros Especializados.
☐	C.2.5.1 Clínicas dentales.
☐	C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
☐	C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
☐	C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
☐	C.2.5.5 Centros de diálisis.

☐	C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
☐	C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
☐	C.2.5.8 Centros de transfusión.
☐	C.2.5.9 Bancos de tejidos.
☐	C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico.
☐	C.2.5.11 Centros de salud mental.
☐	C.2.5.90 Otros centros especializados.
☐	C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.
☐	C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

Tipo de Unidad	
☐	U.1 Medicina general/de familia.
☐	U.2 Enfermería.
☐	U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
☐	U.4 Podología.
☐	U.5 Vacunación.
☐	U.6 Alergología.
☐	U.7 Cardiología.
☐	U.8 Dermatología.
☐	U.9 Aparato digestivo.
☐	U.10 Endocrinología.
☐	U.11 Nutrición y Dietética.
☐	U.12 Geriatría.
☐	U.13 Medicina interna.
☐	U.14 Nefrología.
☐	U.15 Diálisis.
☐	U.16 Neumología.
☐	U.17 Neurología.
☐	U.18 Neurofisiología.
☐	U.19 Oncología.
☐	U.20 Pediatría.
☐	U.21 Cirugía pediátrica.
☐	U.22 Cuidados intermedios neonatales.
☐	U.23 Cuidados intensivos neonatales.
☐	U.24 Reumatología.
☐	U.25 Obstetricia.
☐	U.26 Ginecología.
☐	U.27 Inseminación artificial.
☐	U.28 Fecundación in vitro.
☐	U.29 Banco de semen.

☐	U.30 Laboratorio de semen para captación espermática.
☐	U.31 Banco de embriones.
☐	U.32 Recuperación de oocitos.
☐	U.33 Planificación familiar.
☐	U.34 Interrupción voluntaria del embarazo.
☐	U.35 Anestesia y Reanimación.
☐	U.36 Tratamiento del dolor.
☐	U.37 Medicina intensiva.
☐	U.38 Quemados.
☐	U.39 Angiología y Cirugía Vascular.
☐	U.40 Cirugía cardíaca.
☐	U.41 Hemodinámica.
☐	U.42 Cirugía torácica.
☐	U.43 Cirugía general y digestivo.
☐	U.44 Odontología/Estomatología.
☐	U.45 Cirugía maxilofacial.
☐	U.46 Cirugía plástica y reparadora.
☐	U.47 Cirugía estética.
☐	U.48 Medicina cosmética.
☐	U.49 Neurocirugía.
☐	U.50 Oftalmología.
☐	U.51 Cirugía refractiva.
☐	U.52 Otorrinolaringología.
☐	U.53 Urología.
☐	U.54 Litotricia renal.
☐	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología.
☐	U.56 Lesionados medulares.
☐	U.57 Rehabilitación.
☐	U.58 Hidrología.
☐	U.59 Fisioterapia.
☐	U.60 Terapia ocupacional.
☐	U.61 Logopedia.
☐	U.62 Foniatria.
☐	U.63 Cirugía mayor ambulatoria.
☐	U.64 Cirugía menor ambulatoria.
☐	U.65 Hospital de día.
☐	U.66 Atención sanitaria domiciliaria.
☐	U.67 Cuidados paliativos.
☐	U.68 Urgencias.
☐	U.69 Psiquiatría.

☐	U.70 Psicología clínica.
☐	U.71 Atención sanitaria a drogodependientes.
☐	U.72 Obtención de muestras.
☐	U.73 Análisis clínicos.
☐	U.74 Bioquímica clínica.
☐	U.75 Inmunología.
☐	U.76 Microbiología y Parasitología.
☐	U.77 Anatomía patológica.
☐	U.78 Genética.
☐	U.79 Hematología clínica.
☐	U.80 Laboratorio de hematología.
☐	U.81 Extracción de sangre para donación.
☐	U.82 Servicio de transfusión.
☐	U.83 Farmacia.
☐	U.84 Depósito de medicamentos.
☐	U.85 Farmacología clínica.
☐	U.86 Radioterapia.
☐	U.87 Medicina nuclear.
☐	U.88 Radiodiagnóstico.
☐	U.89 Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones ionizantes.
☐	U.90 Medicina preventiva.
☐	U.91 Medicina de la educación física y el deporte.
☐	U.92 Medicina hiperbárica.
☐	U.93 Extracción de órganos.
☐	U.94 Trasplante de órganos.
☐	U.95 Obtención de tejidos.
☐	U.96 Implantación de tejidos.
☐	U.97 Banco de tejidos.
☐	U.98 Medicina aeronáutica.
☐	U.99 Medicina del trabajo.
☐	U.100 Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo).
☐	U.101 Terapias no convencionales.
☐	U.900 Otras unidades asistenciales.

Observaciones

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación a aportar:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
1.-Justificante del abono del importe de las tasas (modelo 030).	☐
2.- La solicitud de renovación de autorización de funcionamiento deberá hacerse con una antelación mínima de 3 meses a la fecha de finalización de su vigencia.	☐
3.- No será preciso acompañar a la solicitud con aquellos documentos que ya obren en poder de la administración y cuyo contenido no haya sido objeto de modificación, para lo cual el solicitante entregará una declaración escrita a este respecto.	☐

5.- Documentación opcional a aportar:

1.- Modelo de conformidad para los titulares de los centros sanitarios en caso de tratarse de personas físicas.	☐
2.- En caso de utilización de nombre comercial o rótulo, certificado de registro de la Propiedad Industrial.	☐

En Madrid, 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 podrán ser 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 Ordenación e Inspección.
---------------------	--

Etiqueta del Registro

AUTORIZACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

1.-Tipo de solicitud de modificación:

☐	Por cambio de estructura física	☐	Por cambio de titularidad	☐	Por cambio de oferta asistencial
-----------------------	---------------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------------------

2.- Datos del interesado o representante:

NIF/ NIE/ Pasaporte:											
Apellido 1º:											
Apellido 2º:											
Nombre:											
Tipo de vía				Nombre vía						Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia			
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

3.- Datos del centro:

NIF:			Nombre del centro:								
Razón Social											
Tipo de vía				Nombre vía				Nº			
Piso			Puerta		CP			Email			
Localidad						Provincia					
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

Tipología de centro	
☐	C.1.1 Hospitales generales.
☐	C.1.2 Hospitales especializados.
☐	C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.
☐	C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.
☐	C.1.90 Otros centros con internamiento.
☐	C.2.1 Consultas médicas.
☐	C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
☐	C.2.3 Centros de atención primaria.
☐	C.2.3.1 Centros de salud.
☐	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.
☐	C.2.4 Centros Polivalentes.
☐	C.2.5 Centros Especializados.
☐	C.2.5.1 Clínicas dentales.
☐	C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.

☐	C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
☐	C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
☐	C.2.5.5 Centros de diálisis.
☐	C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
☐	C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
☐	C.2.5.8 Centros de transfusión.
☐	C.2.5.9 Bancos de tejidos.
☐	C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico.
☐	C.2.5.11 Centros de salud mental.
☐	C.2.5.90 Otros centros especializados.
☐	C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.
☐	C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

Tipo de Unidad	
☐	U.1 Medicina general/de familia.
☐	U.2 Enfermería.
☐	U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
☐	U.4 Podología.
☐	U.5 Vacunación.
☐	U.6 Alergología.
☐	U.7 Cardiología.
☐	U.8 Dermatología.
☐	U.9 Aparato digestivo.
☐	U.10 Endocrinología.
☐	U.11 Nutrición y Dietética.
☐	U.12 Geriatria.
☐	U.13 Medicina interna.
☐	U.14 Nefrología.
☐	U.15 Diálisis.
☐	U.16 Neumología.
☐	U.17 Neurología.
☐	U.18 Neurofisiología.
☐	U.19 Oncología.
☐	U.20 Pediatría.
☐	U.21 Cirugía pediátrica.
☐	U.22 Cuidados intermedios neonatales.
☐	U.23 Cuidados intensivos neonatales.
☐	U.24 Reumatología.
☐	U.25 Obstetricia.
☐	U.26 Ginecología.

☐	U.27 Inseminación artificial.
☐	U.28 Fecundación in vitro.
☐	U.29 Banco de semen.
☐	U.30 Laboratorio de semen para captación espermática.
☐	U.31 Banco de embriones.
☐	U.32 Recuperación de oocitos.
☐	U.33 Planificación familiar.
☐	U.34 Interrupción voluntaria del embarazo.
☐	U.35 Anestesia y Reanimación.
☐	U.36 Tratamiento del dolor.
☐	U.37 Medicina intensiva.
☐	U.38 Quemados.
☐	U.39 Angiología y Cirugía Vascular.
☐	U.40 Cirugía cardíaca.
☐	U.41 Hemodinámica.
☐	U.42 Cirugía torácica.
☐	U.43 Cirugía general y digestivo.
☐	U.44 Odontología/Estomatología.
☐	U.45 Cirugía maxilofacial.
☐	U.46 Cirugía plástica y reparadora.
☐	U.47 Cirugía estética .
☐	U.48 Medicina cosmética.
☐	U.49 Neurocirugía.
☐	U.50 Oftalmología.
☐	U.51 Cirugía refractiva.
☐	U.52 Otorrinolaringología.
☐	U.53 Urología.
☐	U.54 Litotricia renal.
☐	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología.
☐	U.56 Lesionados medulares.
☐	U.57 Rehabilitación.
☐	U.58 Hidrología.
☐	U.59 Fisioterapia.
☐	U.60 Terapia ocupacional.
☐	U.61 Logopedia.
☐	U.62 Foniatría.
☐	U.63 Cirugía mayor ambulatoria.
☐	U.64 Cirugía menor ambulatoria.
☐	U.65 Hospital de día.
☐	U.66 Atención sanitaria domiciliaria.

☐	U.67 Cuidados paliativos.
☐	U.68 Urgencias.
☐	U.69 Psiquiatría.
☐	U.70 Psicología clínica.
☐	U.71 Atención sanitaria a drogodependientes.
☐	U.72 Obtención de muestras.
☐	U.73 Análisis clínicos.
☐	U.74 Bioquímica clínica.
☐	U.75 Inmunología.
☐	U.76 Microbiología y Parasitología.
☐	U.77 Anatomía patológica.
☐	U.78 Genética.
☐	U.79 Hematología clínica.
☐	U.80 Laboratorio de hematología.
☐	U.81 Extracción de sangre para donación.
☐	U.82 Servicio de transfusión.
☐	U.83 Farmacia.
☐	U.84 Depósito de medicamentos.
☐	U.85 Farmacología clínica.
☐	U.86 Radioterapia.
☐	U.87 Medicina nuclear.
☐	U.88 Radiodiagnóstico.
☐	U.89 Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones ionizantes.
☐	U.90 Medicina preventiva.
☐	U.91 Medicina de la educación física y el deporte.
☐	U.92 Medicina hiperbárica.
☐	U.93 Extracción de órganos.
☐	U.94 Trasplante de órganos.
☐	U.95 Obtención de tejidos.
☐	U.96 Implantación de tejidos.
☐	U.97 Banco de tejidos.
☐	U.98 Medicina aeronáutica.
☐	U.99 Medicina del trabajo.
☐	U.100 Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo).
☐	U.101 Terapias no convencionales.
☐	U.900 Otras unidades asistenciales.

Observaciones

4.- Medio de notificación:

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

5.- Documentación a aportar:**5.1 - Modificación por cambio de estructura física:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
1.-Justificante del abono del importe de las tasas (modelo 030).	☐	
2.- NIF si el titular es persona física.	☐	☐
3.- Si es persona jurídica:	☐	
3.1.- Estatutos de Sociedad.	☐	
3.2.- NIF	☐	
3.3.- Representación que ostente el solicitante	☐	
3.4.- NIF del representante	☐	☐
3.5.- Acuerdo creación centro	☐	
4.- Proyecto técnico o planos actualizados que recogen la modificación.	☐	
5.- Si hay un nuevo aparataje, marcado conformidad de los aparatos eléctricos CE (RD 414/1996).	☐	
6.- Si hay nuevos equipos de rayos X : 5.1 Informe preceptivo del Consejo de Seguridad Nacional o inscripción en el registro de la Dirección General Industria, Energía y Minas. 5.2 Certificado de los controles de las instalaciones efectuadas por Unidad Técnica de Protección Radiológica. 5.3 Acreditación del Director y/u operador de las instalaciones radiológicas. 5.4 Primera hoja del documento de presentación del programa de garantía de calidad.	☐	
7.- Declaración escrita firmada por el director sanitario del centro, manifestando no haber realizado ninguna modificación en la cartera de servicios, ni en la plantilla de personal.	☐	

(*) 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.

5.2 - Modificación por cambio de titularidad:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
1.-Justificante del abono del importe de las tasas (modelo 030).	☐	
2.- NIF si el titular es persona física.	☐	☐
3.- Si es persona jurídica:	☐	
3.1.- Estatutos de Sociedad.	☐	
3.2.- NIF	☐	
3.3.- Representación que ostente el solicitante	☐	
3.4.- NIF del representante	☐	☐
3.5.- Acuerdo creación centro	☐	
4.- Escritura de compra-venta, Contrato de Arrendamiento a nombre del nuevo titular o documento de disponibilidad jurídica del inmueble.	☐	
5.- Memoria en la que se especifique que la autorización no supone cambio de actividad para la que se concedió la autorización.	☐	
6.- Documento notarial de que la transmisión se ha efectuado.	☐	
7.- Seguro de Continente y Contenido a nombre del nuevo titular : 8.1 Póliza. 8.2 Recibo.	☐	
8.- Contrato, en su caso, con otros servicios a nombre del nuevo titular.	☐	
9.- Inscripción en el Registro de la Dirección General Industria, Energía y Minas a nombre del nuevo titular.	☐	
10.- Acreditación de director y/ u operador en instalaciones de RX del nuevo titular, en caso de ser el responsable de las prácticas radiológicas.	☐	
11.- Inscripción en la Dirección General de Medio Ambiente a nombre del nuevo titular y contrato de la empresa autorizada.	☐	
12.- Inscripción en la agencia de Protección de Datos a nombre del nuevo titular.	☐	

(*) 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.

5.3 - Modificación por cambio de oferta asistencial:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
1.-Justificante del abono del importe de las tasas (modelo 030).	☐
2.- Cartera de servicios, memoria de actividades.	☐

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
3.- Plantilla actualizada del centro.	☐
4.- Títulos académicos del personal sanitario incorporado.	☐
5.- Seguro de responsabilidad civil profesional, póliza y recibo.	☐
6.- Certificados de colegiación profesional de los nuevos profesionales.	☐
7.- Si hay nuevo aparataje, marcado conformidad de los aparatos eléctricos utilizados en medicina (marcado CE RD 414/1996).	☐
8.- Si hay nuevos equipos de rayos X : 8.1 Inscripción en el registro de la Dirección General Industria, Energía y Minas del informe preceptivo consejo de seguridad nuclear. 8.2 Certificado de los controles de las instalaciones efectuadas por la Unidad Técnica de Protección Radiológica. 8.3 Acreditación de operador/director de instalaciones radiológicas. 8.4 Solicitud de presentación del programa de garantía de calidad.	☐
9.- Si se incorpora actividad que produce residuos biosanitarios: Solicitud inscripción en Registro de la Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio, y contrato con empresas autorizadas.	☐

6.- Documentación opcional a aportar:

1.- Modelo de conformidad para los titulares de los centros sanitarios en caso de tratarse de personas físicas.	☐
2.- En caso de utilización de nombre comercial o rótulo, certificado de registro de la Propiedad Industrial.	☐

En Madrid, 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 podrán ser 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 Ordenación e Inspección.
---------------------	--

Etiqueta del Registro

AUTORIZACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

SOLICITUD DE CIERRE:

1.- Datos del interesado o representante:

NIF/ NIE/ Pasaporte:											
Apellido 1º:											
Apellido 2º:											
Nombre:											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia			
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

2.- Datos del centro:

NIF:						Nombre del centro:					
Razón Social											
Tipo de vía		Nombre vía								Nº	
Piso		Puerta		CP		Email					
Localidad						Provincia					
Teléfono fijo						Teléfono móvil					

Tipología de centro	
☐	C.1.1 Hospitales generales.
☐	C.1.2 Hospitales especializados.
☐	C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.
☐	C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.
☐	C.1.90 Otros centros con internamiento.
☐	C.2.1 Consultas médicas.
☐	C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
☐	C.2.3 Centros de atención primaria.
☐	C.2.3.1 Centros de salud.
☐	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.
☐	C.2.4 Centros Polivalentes.
☐	C.2.5 Centros Especializados.
☐	C.2.5.1 Clínicas dentales.
☐	C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
☐	C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
☐	C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.

☐	C.2.5.5 Centros de diálisis.
☐	C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
☐	C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
☐	C.2.5.8 Centros de transfusión.
☐	C.2.5.9 Bancos de tejidos.
☐	C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico.
☐	C.2.5.11 Centros de salud mental.
☐	C.2.5.90 Otros centros especializados.
☐	C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.
☐	C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

Tipo de Unidad	
☐	U.1 Medicina general/de familia.
☐	U.2 Enfermería.
☐	U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
☐	U.4 Podología.
☐	U.5 Vacunación.
☐	U.6 Alergología.
☐	U.7 Cardiología.
☐	U.8 Dermatología.
☐	U.9 Aparato digestivo.
☐	U.10 Endocrinología.
☐	U.11 Nutrición y Dietética.
☐	U.12 Geriatria.
☐	U.13 Medicina interna.
☐	U.14 Nefrología.
☐	U.15 Diálisis.
☐	U.16 Neumología.
☐	U.17 Neurología.
☐	U.18 Neurofisiología.
☐	U.19 Oncología.
☐	U.20 Pediatría.
☐	U.21 Cirugía pediátrica.
☐	U.22 Cuidados intermedios neonatales.
☐	U.23 Cuidados intensivos neonatales.
☐	U.24 Reumatología.
☐	U.25 Obstetricia.
☐	U.26 Ginecología.

☐	U.27 Inseminación artificial.
☐	U.28 Fecundación in vitro.
☐	U.29 Banco de semen.
☐	U.30 Laboratorio de semen para captación espermática.
☐	U.31 Banco de embriones.
☐	U.32 Recuperación de oocitos.
☐	U.33 Planificación familiar.
☐	U.34 Interrupción voluntaria del embarazo.
☐	U.35 Anestesia y Reanimación.
☐	U.36 Tratamiento del dolor.
☐	U.37 Medicina intensiva.
☐	U.38 Quemados.
☐	U.39 Angiología y Cirugía Vascular.
☐	U.40 Cirugía cardíaca.
☐	U.41 Hemodinámica.
☐	U.42 Cirugía torácica.
☐	U.43 Cirugía general y digestivo.
☐	U.44 Odontología/Estomatología.
☐	U.45 Cirugía maxilofacial.
☐	U.46 Cirugía plástica y reparadora.
☐	U.47 Cirugía estética .
☐	U.48 Medicina cosmética.
☐	U.49 Neurocirugía.
☐	U.50 Oftalmología.
☐	U.51 Cirugía refractiva.
☐	U.52 Otorrinolaringología.
☐	U.53 Urología.
☐	U.54 Litotricia renal.
☐	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología.
☐	U.56 Lesionados medulares.
☐	U.57 Rehabilitación.
☐	U.58 Hidrología.
☐	U.59 Fisioterapia.
☐	U.60 Terapia ocupacional.
☐	U.61 Logopedia.
☐	U.62 Foniatria.
☐	U.63 Cirugía mayor ambulatoria.
☐	U.64 Cirugía menor ambulatoria.

☐	U.65 Hospital de día.
☐	U.66 Atención sanitaria domiciliaria.
☐	U.67 Cuidados paliativos.
☐	U.68 Urgencias.
☐	U.69 Psiquiatría.
☐	U.70 Psicología clínica.
☐	U.71 Atención sanitaria a drogodependientes.
☐	U.72 Obtención de muestras.
☐	U.73 Análisis clínicos.
☐	U.74 Bioquímica clínica.
☐	U.75 Inmunología.
☐	U.76 Microbiología y Parasitología.
☐	U.77 Anatomía patológica.
☐	U.78 Genética.
☐	U.79 Hematología clínica.
☐	U.80 Laboratorio de hematología.
☐	U.81 Extracción de sangre para donación.
☐	U.82 Servicio de transfusión.
☐	U.83 Farmacia.
☐	U.84 Depósito de medicamentos.
☐	U.85 Farmacología clínica.
☐	U.86 Radioterapia.
☐	U.87 Medicina nuclear.
☐	U.88 Radiodiagnóstico.
☐	U.89 Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones ionizantes.
☐	U.90 Medicina preventiva.
☐	U.91 Medicina de la educación física y el deporte.
☐	U.92 Medicina hiperbárica.
☐	U.93 Extracción de órganos.
☐	U.94 Trasplante de órganos.
☐	U.95 Obtención de tejidos.
☐	U.96 Implantación de tejidos.
☐	U.97 Banco de tejidos.
☐	U.98 Medicina aeronáutica.
☐	U.99 Medicina del trabajo.
☐	U.100 Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo).
☐	U.101 Terapias no convencionales.
☐	U.900 Otras unidades asistenciales.

Observaciones

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación a aportar:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
1.-Memoria y fecha aproximada de cierre.	☐
2.-Indicación del destino de las Historias Clínicas.	☐
3.-En su caso: documento que acredite la retirada y/o traslado de material clínico y sanitario especialmente de equipos de radiaciones ionizantes.	☐
4.-En su caso: 4.1 Solicitud de baja de los equipos de radiodiagnóstico en el Registro de la Dirección General de Industria, Energía y Minas de la Consejería de Economía y Hacienda. 4.2 Solicitud de baja como productor de residuos biosanitarios en el registro de la Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio de la Comunidad de Madrid. 4.3 Solicitud de baja en la Agencia Española de Protección de Datos	☐

En Madrid, 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 podrán ser 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 Ordenación e Inspección
---------------------	--



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

SOLICITUD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE TATUAJES, MICROPIGMENTACIÓN, PERFORACIÓN CUTÁNEA (PIERCING) U OTRAS PRÁCTICAS SIMILARES DE ADORNO CORPORAL

1.- Tipo de Solicitud:

☐	Inscripción inicial
☐	Renovación
☐	Baja de inscripción
☐	Cambio de titularidad
	Razón social del anterior Titular
	NIF
☐	Cambio de domicilio (Social o Industrial)
	Domicilio Social Anterior
	Domicilio Industrial Anterior
☐	Ampliación de actividad
	Nueva Actividad
☐	Cese Actividad
	Actividad en la que cesa
☐	Otros

2.- Actividades Declaradas:

☐	Tatuaje	☐	Micropigmentación	☐	Perforación cutánea ("piercing")
-----------------------	---------	-----------------------	-------------------	-----------------------	----------------------------------

3.- Datos del Centro:

NIF		Nº R.E.A.C	
Nombre/Razón Social			
Tipo de vía		Nombre vía	Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad
			Provincia
Teléfono		Teléfono Móvil	Fax

4.- Datos de el/la representante:

NIF/NIE		Apellidos	
Nombre/Razón Social		Correo electrónico	
Título de representación			

5.- Medio de notificación:

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
☐	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	Autorizo Consulta (*)
NIF/ NIE del representante	☐	☐

(*) 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.

6.1.- Solo para solicitudes de inscripción inicial:

TIPO DE DOCUMENTO		Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF	De la razón social o	☐	
	Del titular	☐	☐
Datos personales de los aplicadores: Nombres, dos apellidos y NIF.		☐	
Justificante de formación (certificado de formación en curso autorizado) o excepción (Licenciados en medicina, diplomados en enfermería, titulado superior en estética o cualificación profesional en maquillaje integral), de cada uno de los aplicadores.		☐	
Justificante de estar vacunado frente a Hepatitis B y Tétanos, de cada uno de los aplicadores		☐	
Descripción detallada de las instalaciones: Croquis-plano indicando las distintas Áreas		☐	
Material utilizado: Tintas de tatuaje con su correspondiente autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y/o material utilizado en piercing (acero quirúrgico, oro de 14 quilates como mínimo o titanio).		☐	
Instrumental utilizado en la realización de estas prácticas.		☐	
Métodos de esterilización y procedimientos de desinfección, con especial referencia a los equipos de esterilización. (Autoclave con su contrato de mantenimiento).		☐	
Acreditación del contrato con un gestor autorizado de residuos biosanitarios.		☐	
Justificante del abono de tasas modelo 030.		☐	

6.2. Solo para solicitudes de renovación de registro:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Declaración del titular del establecimiento indicando que no se han producido modificaciones en las instalaciones	☐
Esquema de las modificaciones o nuevas instalaciones, si es de personal aplicador DNI y justificante de formación y de vacunación, así como cualquier otra información adicional que se refiera a otras modificaciones	☐
Justificante del abono de tasas modelo 030	☐

6.3.- Solo para solicitudes de Cambio de Titularidad:

TIPO DE DOCUMENTO		Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Fotocopia simple del documento público o privado que justifique el cambio de titular, firmado por ambas partes.		☐	
Escrito, del anterior titular, de cesión del Número de inscripción en el Registro.		☐	
NIF	De la nueva razón social o	☐	
	Del nuevo titular	☐	☐
Escrito indicando la existencia o no de modificaciones con respecto a la inscripción inicial, y en su caso, memoria complementaria		☐	
Justificante del abono de tasas modelo 030		☐	

6.4.- Solo para solicitudes de Cambio de Domicilio Social:

TIPO DE DOCUMENTO		Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF	De la razón social o	☐	
	Del titular	☐	☐
Escrito indicando la existencia o no de modificaciones con respecto a la inscripción inicial, y en si caso, memoria complementaria.		☐	
Justificante del abono de tasas modelo 030		☐	

(*) 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

6.5.- Solo para solicitudes de Cambio de Domicilio del Establecimiento:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Esquema de las nuevas instalaciones (planos), especificando cada una de las zonas.	☐
Escrito indicando la existencia o no de modificaciones con respecto a la inscripción inicial, y en su caso, memoria complementaria.	☐
Justificante del abono de tasas modelo 030	☐

6.6.- Solo para solicitudes de Ampliación de Actividad:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Memoria descriptiva de la nueva actividad a realizar en el establecimiento, con indicación de técnicas, personal aplicador, productos e instrumental, junto con sus justificaciones, si procede.	☐
Esquema de las nuevas instalaciones (planos), si procede.	☐
Justificante del abono de tasas modelo 030	☐

6.7.- Solo para solicitudes de Cese de Actividad:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Escrito indicando la actividad en la que se da de baja	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Registro de Establecimientos de Tatuajes, Micropigmentación, 'Piercing' y prácticas similares", cuya finalidad es el manejo de información relativa a los establecimientos de tatuajes, micropigmentación. 'Piercing' y prácticas similares, y solo podrán ser cedidos en los supuestas 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 de Inspección
---------------------	--



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

COMUNICACIÓN DE PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

1.- Datos del laboratorio ⁽¹⁾ y del medicamento:

CIF Laboratorio		Nombre Laboratorio			
Domicilio Laboratorio					
Municipio		Provincia		Código Postal	
Medicamento Objeto de Publicidad					
Denominación de principio/s activo/s (DCI)					
Grupo Terapéutico Oficial (Clasificación ATC, Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, y actualizaciones)					
Referencia ⁽²⁾					

(1) Titular de la Autorización de Comercialización del medicamento o representante del mismo.

(2) Es la referencia interna asignada por el laboratorio a cada pieza o material publicitario. Puede ser numérica, alfanumérica, alfabética, etc. Sirve para identificar inequívocamente cada material publicitario. En el caso de que el material no tenga asignada una referencia, se deberá asignar una cualquiera que identifique concretamente dicho material publicitario, por ejemplo, referida al título o a una imagen, etc. La referencia señalada en este apartado será la que siempre se utilice en los escritos independientemente de cualquier otra como la fecha de entrada o de salida en/del registro, las referencias internas de la Consejería, etc., que se quiera utilizar.

2.- Datos de contacto:

Departamento del Laboratorio						
Persona de contacto	Apellidos				Nombre	
	Teléfono fijo		Teléfono móvil		Fax	
	Correo electrónico					
	Cargo					

3.- Datos del Representante:

DNI/ NIE/ Pasaporte		Apellidos			
Nombre		Correo electrónico			
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

4.- Datos de la publicidad:

4.1.- Tipo y fecha de difusión

Fecha de Difusión ⁽³⁾		Tipo de Publicidad:	☐ Documental
			☐ Recuerdo

(3) Debe coincidir con, o ser posterior a la fecha de comunicación o entrada en el Registro oficial del material publicitario.

4.2.- Medio y Modo de difusión de la publicidad:

(Cumplimente siempre las dos columnas)

Medio donde se inserta	
☐	Boletín o revista promocional
☐	Catálogo o Vademécum
☐	Expositor
☐	Folleto, hoja, tarjeta, díptico, tríptico, etc
☐	Inserción (publicidad que se inserta en soportes válidos como libro, periódico, revista, etc, impresos o "en línea")
☐	Mensaje o spot publicitario (texto escrito, en vídeo o audio promocional para incluir en teléfono móvil, radio, TV, etc)
☐	Monografía
☐	Póster
☐	Publirreportaje (publicidad redaccional)
☐	Otro: Especifique:

Modo de difusión de la publicidad			
☐	CD-ROM	Título o contenido:	
☐	Cinta de vídeo		
☐	Disquete		
☐	DVD		
☐	Memoria USB		
☐	Correo electrónico:	Dirección:	
☐	Página Web:		
☐	Papel o impreso	Especifique:	
☐	Telefonía	Nº o línea:	
☐	Telefonía móvil		
☐	Televisión	Programa o canal:	
☐	Objeto de pequeño valor:	Especifique:	
☐	Otro:		

4.3.- Destinatarios

☐	Farmacéuticos de Atención Primaria		
☐	Farmacéuticos de Hospital		
☐	Farmacéuticos de Oficinas de Farmacia		
☐	Farmacéuticos de otro ámbito	Especifique:	
☐	Médicos especialistas	Especifique especialidades:	
☐	Médicos generales		

4.4.- Medio de relación para distribuir/proporcionar/transmitir esta publicidad:

☐	En congreso o similar		
☐	En visita médica		
☐	En publicación científica y/o profesional (Soporte válido)	Especifique:	
☐	Por correo postal		
☐	Por correo electrónico:	Especifique:	
☐	Por teléfono		
☐	Por otra vía	Especifique:	

5.- ¿La publicidad se inserta en un incentivo?

Sí	No
☐	☐

Cumplimente esta tabla sólo en caso de respuesta afirmativa.

☐	CD-ROM	Título o contenido:	
☐	Disquete		
☐	DVD		
☐	Libro		
☐	Revista		
☐	Material impreso parte del cual se entregará por el profesional al paciente (Ver apartados 12 y 13 de la Circular 1/2000)		
☐	Objeto de pequeño valor	Especifique:	
☐	Otro		

6.- Medio de notificación:

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)
☐	Deseo ser notificado/a por correo certificado (a la dirección que aparece en el apartado 1 y a la persona que figura en el apartado 2)

7.- Documentación requerida:

NOTA: La Administración Pública podrá exigir la presentación física de alguno de los materiales promocionales.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Informe del servicio científico del Laboratorio	☐
Ficha/s Técnica/s autorizada/s o, (en su defecto) prospecto/s autorizado/s	☐
Ejemplar del material publicitario o del incentivo	☐
Autorización del medicamento dada por el Ministerio de Sanidad	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Gestión del Control de la Publicidad de Medicamentos, cuya finalidad es posibilitar los tratamientos de datos de los responsables de comunicar la publicidad de los medicamentos. 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
---------------------	---

AUTORIZACIÓN DE FABRICACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA

1.- Tipo de Solicitud

☐ A	Autorización Inicial
☐ B	Cambio de titularidad, Domicilios, Técnico Responsable y/o Productos fabricados
☐ C	Revalidación
☐	Baja o cese de actividad

1.1.- Tipo de actividad

☐	Fabricante ortoprotésico	☐	Laboratorio de prótesis dental	☐	Otros
-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------	-------

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

☐	De Titularidad	Denominación anterior de la Empresa	
☐	De domicilio social	Domicilio Social anterior	
☐	De domicilio de fabricación	Domicilio de fabricación anterior	
☐	De Técnico Responsable	Técnico responsable anterior	
☐	De Productos fabricados		

2.- Datos del Fabricante

2.1.- Denominación

Denominación de la empresa		NIF		Nº FPS	
----------------------------	--	-----	--	--------	--

2.2.- Domicilio social

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

2.3.- Domicilio de fabricación (cumplimentar sólo en el caso que no coincida con el Domicilio Social)

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

2.4.- Técnico Responsable

Nombre		Apellidos	
DNI/ NIF		Titulación académica	

3.- Datos del Representante legal

Nombre		Apellidos	
DNI/ NIF		Título de representación	

4.- Medio de notificación

☐	Deseo se me notifique de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
☐	Deseo se me notifique por correo certificado							
	Tipo de vía		Nombre vía				Nº	
	Piso		CP		Localidad		Provincia	

5.- Documentación requerida**5.1.- TIPO A**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta(*)
Autorización Inicial		
Modelo 030, pago de tasas	☐	
NIF si se trata de persona física	☐	☐
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividad sanitaria como objeto social.	☐	
Poder de acreditación del representante legal	☐	
Seguro, aval o garantía financiera, para responder de los eventuales daños para la salud que puedan ocasionar sus productos.	☐	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	☐	
Titulación académica, habilitación o experiencia profesional, atendiendo a lo dispuesto en el art. 3 del Real Decreto 437/2002.	☐	
Certificado de colegiación como ejerciente, emitido por el Colegio Oficial correspondiente, en el caso de profesionales colegiados.	☐	
Anexo II: Productos y sistema de calidad.	☐	
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de fabricación	☐	
Organigrama de la empresa y descripción de las funciones del personal.	☐	
Plano del local con identificación de las zonas y ubicación del equipamiento.	☐	
Contratos con las empresas subcontratadas donde figuren los productos, las instalaciones y los medios materiales con lo que cuenta para realizarlos.	☐	

5.2.- TIPO B

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Cambio de titularidad	
Documento público que acredite el cambio	☐
Cambio de domicilio social	
Documento público que acredite el cambio	☐
Cambio de domicilio de fabricación	
Modelo 030, original, de pago de tasas	☐
Plano del local con identificación de las zonas y ubicación del equipamiento	☐
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de fabricación	
Cambio de Técnico Responsable	
Anexo I: Documento de Identificación de Técnico Responsable	☐
Titulación académica, habilitación o experiencia profesional, atendiendo a lo dispuesto en el art. 3 del Real Decreto 437/2002.	☐
Certificado de colegiación como ejerciente, emitido por el Colegio Oficial correspondiente, en el caso de profesionales colegiados.	☐
Cambio de tipos de productos fabricados y/o de empresas subcontratadas	
Anexo IV de ampliación o cese de tipos de productos fabricados.	☐
En caso de ampliación de productos fabricados: procedimiento de fabricación y nuevo equipamiento o los contratos con las empresas subcontratadas donde figuren los productos, las instalaciones y los medios materiales con lo que cuenta para realizarlos.	☐
Sólo en el caso de cambio de empresa subcontratada: contratos con las empresas subcontratadas donde figuren los productos, las instalaciones y los medios materiales con lo que cuenta para realizarlos.	☐

5.3.- TIPO C

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta(*)
Revalidación con licencia inicial emitida por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) Tipo C1.		
Modelo 030, pago de tasas	☐	☐
NIF si se trata de persona física	☐	☐
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividad sanitaria como objeto social.	☐	
Poder de acreditación del representante legal	☐	
Seguro, aval o garantía financiera, para responder de los eventuales daños para la salud que puedan ocasionar sus productos.	☐	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	☐	
Titulación académica, habilitación o experiencia profesional, atendiendo a lo dispuesto en el art. 3 del Real Decreto 437/2002.	☐	
Certificado de colegiación como ejerciente emitido por el Colegio Oficial correspondiente, en el caso de profesionales colegiados.	☐	
Anexo II: Productos y sistema de calidad.	☐	
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de fabricación	☐	
Organigrama de la empresa y descripción de las funciones del personal. .	☐	
Plano del local con identificación de las zonas y ubicación del equipamiento.	☐	
Contratos con las empresas subcontratadas donde figuren los productos, las instalaciones y los medios materiales con lo que cuenta para realizarlos.	☐	
Autorización inicial emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	☐	
Revalidación con licencia inicial emitida por la Consejería de Sanidad y Consumo, de la Comunidad de Madrid. Tipo C2		
Modelo 030, pago de tasas	☐	☐
Anexo III: Declaración firmada de que no se han modificado las condiciones iniciales en que se concedió la autorización inicial. (En el caso de cambios, cumplimentar la casilla correspondiente)	☐	
Seguro, aval o garantía financiera, para responder de los eventuales daños para la salud que puedan ocasionar sus productos.	☐	

(*) 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.

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.

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



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

COMUNICACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA DIAGNÓSTICO "IN VITRO"

1.- Comunicación

☐	Primer registro
☐	Cambio de dirección
☐	Cambio significativo en el producto
☐	Cese de la comercialización

2.- Entidad

☐ Fabricante				☐ Representante autorizado en la U.E.			
Denominación de la empresa							
Domicilio social	Tipo de vía		Nombre de vía		Nº		
	Piso		CP		Localidad		
	Provincia				Apdo. Correos		
Contacto	Nombre				NIF		
	Teléfono		Fax		E-mail		

3.- Medio de notificación

☐	Deseo se me notifique de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
☐	Deseo se me notifique por correo certificado					
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
	Piso		CP		Localidad	Provincia

4.- Producto

Clasificación	☐ Producto de la lista A Anexo II	
	☐ Producto de la lista B, Anexo II	
	☐ Producto para autodiagnóstico, no listado en el Anexo II	
	☐ Otros productos (Todos los productos excepto los del Anexo II y autodiagnóstico)	
Notificación de acuerdo con el artículo 3		☐ "Nuevo" producto
Código de la categoría: 06		Nombre de la categoría
Nombre comercial	España	
	UE	

5.- Información sobre el producto

☐ Reactivos, productos reactivos, materiales de calibración y control: En términos de características tecnológicas comunes y/o analitos		☐ Otros productos sanitarios para diagnóstico in vitro distintos de los especificados en 4: accesorios, instrumentos, recipientes, etc.	
Sistema de nomenclatura utilizado		☐ GMDN	☐ EDMS
Código del grupo genérico		Nombre	
Nombre	España		
	UE		
Características tecnológicas / Finalidad prevista	Español		
	Inglés		

Nota: En el caso de informar sobre reactivos materiales de calibración y control, indicar como mínimo el analito a detectar, el método analítico y la utilidad clínica

6.- Información adicional para productos del Anexo II y de autodiagnóstico: identificación del producto

Nombre comercial del producto	España	
	UE	
☐ Conformidad evaluada por el Organismo Notificado		
Número de identificación del Organismo Notificado		
☐ Conforme con las Especificaciones Técnicas Comunes (para productos de la lista A del Anexo II)		

Nota: este impreso no contiene datos relativos a parámetros analíticos y/o de diagnóstico, o del resultado de evaluaciones de funcionamiento, los cuales deben ser proporcionados en la comunicación de puesta en el mercado y puesta en servicio que se presentará en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en cumplimiento del artículo 10 del RD 1662/2000 de 29 de septiembre

7.- Datos del/la representante legal

Nombre y apellidos		NIF	
Título de representación			
☐	Declara que la información proporcionada es exacta y que los productos incluidos en esta comunicación son conformes con los requisitos establecidos en la Directiva 98/79/CE y en el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, que les resultan de aplicación.		

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", 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
---------------------	---



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

1.- Tipo de solicitud

☐ Acreditación	☐ Renovación de acreditación
------------------------------------	--

2.- Datos de Gerente o Director Médico del Centro

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

3.- Medio de notificación

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
☐	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía		Nombre vía				Nº	
	Piso		CP		Localidad		Provincia	

4.- Documentación requerida

4.1.- Para la acreditación

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Declaración del titular del centro sobre los medios materiales y recursos humanos de los que dispone el CEIC y el compromiso de mantenimiento de los mismos	☐
Titulación específica de los miembros para los que ésta se requiera	☐
Curriculum de los miembros del CEIC	☐
Declaración de intereses de los miembros	☐
Procedimientos normalizados de trabajo	☐

4.2.- Para la renovación

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Composición actualizada del CEIC	☐
Declaración del titular del centro sobre los medios materiales y recursos humanos de los que dispone el CEIC y el compromiso de mantenimiento de los mismos	☐
Declaración de intereses de los miembros actualizada	☐
Procedimientos normalizados de trabajo en vigor	☐
Memoria de actividades del CEIC de los 12 últimos meses	☐

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

FIRMA El Gerente o Director Médico del Centro

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CEIC cuya finalidad es la gestión de las acreditaciones, no estando prevista la cesión a terceros. 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 EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN POR EL C.E.I.C. REGIONAL

1.- Tipo de solicitud:

☐	Ensayo clínico nuevo	☐	Estudios post-autorización observacionales con medicamentos
☐	Otros estudios	☐	Enmienda (1.1)

1.1.- Enmienda:

☐	Enmienda Relevante	☐	Ampliación de centros	☐	Cambio de investigador principal
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------------

2.- Datos del promotor:

NIF			Apellidos		
Nombre/Razón Social del promotor			País		
Nombre de la persona de contacto					
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	
Correo electrónico			Teléfono Fijo/Fax	Teléfono Móvil	

3.- Datos del solicitante (CRO):

NIF			Apellidos		
Nombre/Razón Social			País		
Nombre de la persona de contacto					
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	
Correo electrónico			Teléfono Fijo/Fax	Teléfono Móvil	

4.- Datos del estudio:

Título:					
Código de protocolo		Versión del protocolo		Nº Eudra CT	
Versión y fecha de hoja de información al paciente					

El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionalmente aceptadas.

5.- Medio de notificación:

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

6.- Documentación requerida:

(La documentación se remitirá por vía telemática o, en caso contrario, mediante una copia en papel y en CD)

6.1.-En caso de estudio nuevo:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Solicitud de evaluación por el CEIC-R	☐
Listado de investigadores principales propuestos y sus respectivos centros y servicios	☐
Anexo 1A, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)	☐
Protocolo	☐
Hoja de información al paciente/Consentimiento informado	☐
Manual del Investigador	☐
Anuncio para el reclutamiento de voluntarios, si procede	☐
Documento de idoneidad del equipo investigador (de cada centro de la C. de Madrid)	☐
Documento de idoneidad de las instalaciones (de cada centro de la C. de Madrid)	☐
Propuesta de compensación económica	☐
Certificado y/o Póliza de seguro (específico del ensayo y para cada investigador y centro de la C. de Madrid)	☐
CV abreviados (2 hojas máximo) de los Investigadores principales de la C. de Madrid	☐
Compromiso del investigador principal de cada centro de la C. de Madrid	☐
Justificante de ingreso modelo 030	☐

Todos estos documentos deben estar identificados con: Código del promotor del Ensayo Clínico; Número EudraCT; Versión y Fecha de protocolo; Título del Estudio; Promotor

6.2.-En caso de Enmienda relevante y/o Ampliación de Centros:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Copia de la carta de solicitud de la enmienda	☐
Anexo 1. C, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)	☐
Justificación de la enmienda	☐
Documento que recoja todos los cambios realizados	☐
Justificante de ingreso modelo 030	☐

6.3. En caso de estudios post-autorización observacionales con medicamentos, de otros estudios observacionales y de otros estudios:

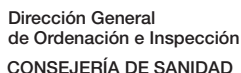
TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Solicitud de evaluación por el CEIC-R	☐
Listado de investigadores principales propuestos y sus respectivos centros y servicios	☐
Protocolo del estudio completo en castellano	☐
Hoja de información al paciente/Consentimiento informado	☐
Cuaderno de recogida de datos	☐
Listado de Investigadores y Centros propuestos	☐
Compromiso firmado de los Investigadores principales, con sus correspondientes CV resumidos	☐
Propuesta de compensación económica para sujetos, si la hubiera	☐
Justificante de ingreso modelo 030	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en la base de datos específica del CEIC-Regional (CEIC R ALMUDENA), cuya finalidad es el almacenamiento único de ensayos clínicos aceptados por el mismo así como la consulta y explotación estadística de los datos correspondientes a los ensayos clínicos, que podrán ser cedidos según lo establecido por 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.

DESTINATARIOConsejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección



Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

SOLICITUD DE PRIMERA OBTENCIÓN/RENOVACIÓN DEL CARNÉ DE APLICADOR DE PLAGUICIDAS DE USO EN SALUD PÚBLICA

Seleccione si es primera Obtención o Renovación	
☐	Primera Obtención por Convalidación de formación
☐	Primera Obtención por Curso Autorizado
☐	Renovación/ Pérdida

Seleccione el tipo de solicitud	
☐	Mediante Empresa o Asociación
☐	Individual

Seleccione el nivel	
☐	Nivel básico
☐	Nivel cualificado
☐	Nivel especial

2.- Datos de la Entidad organizadora (Obligado solo en el caso de haber seleccionado tipo de solicitud “mediante Empresa o Asociación”):

NIF					Razón Social							
Domicilio social		Tipo de vía				Nombre vía					Nº.	
Piso		Puerta		CP		Localidad						

3.- Datos del Interesado (Obligado solo en el caso de solicitud individual):

DNI/ NIF		Apellidos		
Nombre			Teléfono de contacto	

4.- Datos de el/la Representante:

DNI/ NIF		Apellidos		
Nombre			Teléfono de contacto	
Título de representación				

5.- Medio de notificación:

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)												
☐	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	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI del interesado (Sólo en el caso de solicitud individual)	☐	☐
Copia del DNI/ NIF del representante (En su caso)	☐	☐
Copia del título que ostenta el representante de cara al interesado (En su caso)	☐	
Copia de los DNI de los interesados (Sólo en el caso de solicitud mediante Empresa o Asociación)	☐	
Certificado médico (Por cada interesado) que especifique expresamente "que no se encuentra en el solicitante impedimento físico ni psíquico para la aplicación de plaguicidas" (Orden 210/1995)	☐	
2 fotografías (Por cada interesado)	☐	
Copia del carné de aplicador de plaguicidas (Sólo en el caso de Renovación)		☐
Copia del certificado de la formación académica por la que se solicita la convalidación junto con el programa, contenido y duración. El contenido deberá ajustarse a lo establecido en la Orden de 8 de marzo de 1.994 (El presente certificado sólo es necesario en los casos de primera obtención por convalidación de formación).	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	

(*) 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.

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CARNEPLA, cuya finalidad es el censo del personal aplicador de biocidas, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante el 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 DE VETERINARIOS COLABORADORES EN CACERÍAS Y MONTERÍAS Y MATANZAS DOMICILIARIAS DE CERDOS PARA AUTOCONSUMO

1.- Tipo de solicitud:

Autorización para actuar como Veterinario Colaborador en la Inspección Sanitaria de:	
☐	Animales abatidos en monterías y cacerías
☐	Cerdos objeto de matanzas domiciliarias

2.- Datos del interesado

NIF		Apellidos	
Nombre			
Colegiado número		Del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de	
Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
Piso	CP	Localidad	Provincia
Correo electrónico		Teléfono fijo	Teléfono móvil
Municipios preferentes de actuación			

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF	☐	☐
Carné de Colegiado	☐	
Currículum Vitae, indicando si dispone de material necesario para efectuar el diagnóstico de trichinella acorde con lo establecido en el Reglamento (CE) nº 2075/2005	☐	

(*) 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.- Autorización:

☐	Autorizo a la Comunidad de Madrid a incluir los datos correspondientes a mis apellidos, mi nombre y mis teléfonos fijo y móvil en el listado de veterinarios colaboradores autorizados en cacerías y monterías y matanzas domiciliarias de cerdos para autoconsumo, que estará disponible en www.madrid.org para todos los ciudadanos
--------------------------	---

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero MATANCAZA, cuya finalidad es Tramitar, gestionar y controlar las autorizaciones de ayuntamientos y veterinarios colaboradores en matanzas domiciliarias, caza y monterías y gestionar el control oficial de la carne, y no podrán ser 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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE AYUNTAMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA CAMPAÑA ANUAL DE MATANZA DOMICILIARIA DE CERDOS CON DESTINO A AUTOCONSUMO EN SU TÉRMINO MUNICIPAL

1.- Datos del Ayuntamiento:

NIF			Municipio			
Dirección	Tipo vía		Nombre vía			Nº
	CP	Localidad				
Correo electrónico				Teléfono		Fax

2.- Datos del/la representante:

NIF			Apellidos			
Nombre/Razón social				Correo electrónico		
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación requerida:

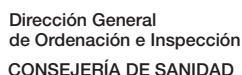
TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Memoria justificativa	☐
Propuesta del/los veterinario/s colaborador/es e indicación expresa de opción o no de realizar el sacrificio en mataderos autorizados en el término municipal	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero MATANCAZA, cuya finalidad es Tramitar, gestionar y controlar las autorizaciones de ayuntamientos y veterinarios colaboradores en matanzas domiciliarias, caza y monterías y gestionar el control oficial de la carne, y no podrán ser 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 Servicio Salud Pública de Área
---------------------	---



Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

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

[illegible]

FIRMA

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 DE CURSOS DE FORMACIÓN PARA PERSONAL
QUE REALIZA OPERACIONES DE MANTENIMIENTO HIGIÉNICO-SANITARIO
EN INSTALACIONES DE RIESGO DE LEGIONELA**

1.- Tipo de Curso:

☐	Formación inicial para instalaciones de riesgo de legionelosis
☐	Actualización de formación para instalaciones de riesgo de legionelosis

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.- Medio de notificación:

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

5.- 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.

6.- 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:	

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

--

8.- Lugar y metodología (Parte teórica):

--

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

--

¿Se dispone de equipos de medición "in situ" y materiales para la toma de muestras?	☐ Sí ☐ No
¿Se dispone de equipos de protección individual (mascarillas, guantes y gafas)?	☐ Sí ☐ No

10.- 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.	☐
Manual del Alumno	☐
Modelo de pruebas de evaluación (tipo test, 25 preguntas)	☐
Modelo tipo de certificado del Curso, que incluya identificación del alumno, del centro docente (con su autorización administrativa), título del curso y número de horas.	☐
Copia del Título académico del Coordinador del Curso	☐
Currículum Vitae del Coordinador del Curso	☐
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐

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

FIRMA

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CURBIO, cuya finalidad es autorizar, gestionar, tramitar y controlar los cursos de formación de biocidas, 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
---------------------	---

Etiqueta del Registro

**COMUNICACIÓN DE FICHAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES
EXPUESTOS AL AMIANTO**

1.- Datos de la empresa / Servicio de Prevención que realiza la Vigilancia de la Salud:

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

2.- Datos de el/la representante:

NIF			Apellidos		
Nombre/Razón Social				Correo electrónico	
Fax			Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

3.- Medio de notificación:

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

4.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la comunicación
Listado de trabajadores reconocidos por exposición al Amianto	☐
Fichas de vigilancia de los trabajadores que figuran en el listado (Anexo)	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Sistema de Información de Salud Pública y Alimentación-SISPAL, cuya finalidad es dar cumplimiento al RD.396/2006, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto, 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 Servicio de Salud Laboral
---------------------	--



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

COMUNICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE EMPRESAS, INSTALACIONES Y SERVICIOS FUNERARIOS

1.- Datos del Ayuntamiento

D/D. ^a								
En representación del Ayuntamiento						NIF		
Dir.	Tipo de vía		Nombre vía				Nº	
	Piso		CP		Localidad			
Teléfono				Fax				

2.- Datos del/la representante

NIF			Apellidos				
Nombre/Razón Social				Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

3.- Medio de notificación

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

4.- Datos de la empresa autorizada por el Ayuntamiento

Denominación								
Domicilio social	Tipo de vía		Nombre vía				Nº	
	Piso		CP		Localidad			
	Teléfono		Fax		Correo electrónico			
Titular de la empresa								
NIF								

5.- Documentación requerida

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la comunicación
Memoria justificativa de los medios materiales y humanos de que dispone la empresa autorizada	☐

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REISFUCAM, cuya finalidad es gestionar la información de empresas, instalaciones y servicios funerarios con fines estadísticos, 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

(03/2.814/10)