

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
<p>D'acord amb el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, i amb l'Ordre de 7/2017 de 28 d'agost de 2017, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es desplega el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell, com a:</p> <p><i>De conformidad a lo dispuesto en el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana y la Orden 7/2017 de 28 de agosto de 2017, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Decreto 157/2014, de 3 de octubre y siendo:</i></p>		
Titular		Representant del centre / Representante del centro

B DADES DEL CENTRE / DATOS DEL CENTRO

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN		
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	PROVÍNCIA / PROVINCIA	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	TELÈFON / TELÉFONO
TITULAR DEL CENTRE / TITULAR DEL CENTRO		DNI O NIF O CIF DEL TITULAR
NÚMERO DE REGISTRE SANITARI / NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		

C DOCUMENTACIÓ / DOCUMENTACIÓN

Memòria funcional de les activitats exercides / Memoria funcional de las actividades desarrolladas

D DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

El sotassinat fa declaració responsable de què el centre a què es fa referència en l'apartat "B" anterior **manté les condicions que van motivar la seua autorització.**
*El infrascrito hace declaración responsable de que el centro al que se hace referencia en el apartado "B" anterior **mantiene las condiciones que motivaron su autorización***

E SOL·LICITUD / SOLICITUD

Sol·licite la renovació de l'autorització sanitària que indique a continuació i la inclusió en el Registre Autòmic de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana.
Previos los trámites oportunos, solicita le sea concedida la renovación de la autorización sanitaria que a continuación se especifica y la inclusión en el Registro Autonomico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana

_____, ____ d _____ de _____

Firma: _____
 El sol·licitant / El solicitante

El signant fa declaració responsable que les dades obrants en la present sol·licitud, així com en la documentació adjunta a la mateixa, són fidel reflex del contingut en el centre objecte de sol·licitu, tenint a la disposició de l'administració la documentació que ho acredita.
El arriba firmante hace declaración responsable de que los datos obrantes en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta a la misma, son fiel reflejo de lo contenido en el centro objeto de solicitud, teniendo a disposición de la administración la documentación que lo acredita.

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
 REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
 FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
D'acord amb el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, i amb l'Ordre de 7/2017 de 28 d'agost de 2017, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es desplega el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell, com a: <i>De conformidad a lo dispuesto en el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana y la Orden 7/2017 de 28 de agosto de 2017, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Decreto 157/2014, de 3 de octubre y siendo:</i>		
Titular		Representant del centre / Representante del centro

B DADES DEL CENTRE / DATOS DEL CENTRO

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN		
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	PROVÍNCIA / PROVINCIA	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	TELÈFON / TELÉFONO
TITULAR DEL CENTRE / TITULAR DEL CENTRO		DNI O NIF O CIF DEL TITULAR
NÚMERO DE REGISTRE SANITARI / NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		

C DOCUMENTACIÓ / DOCUMENTACIÓN

Memòria funcional de les activitats exercides / Memoria funcional de las actividades desarrolladas

D DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

El sotassinat fa declaració responsable de què el centre a què es fa referència en l'apartat "B" anterior **manté les condicions que van motivar la seua autorització.**
*El infrascrito hace declaración responsable de que el centro al que se hace referencia en el apartado "B" anterior **mantiene las condiciones que motivaron su autorización***

E SOL·LICITUD / SOLICITUD

Sol·licite la renovació de l'autorització sanitària que indique a continuació i la inclusió en el Registre Autòmic de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana.
Previos los trámites oportunos, solicita le sea concedida la renovación de la autorización sanitaria que a continuación se especifica y la inclusión en el Registro Autómic de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana

_____, ____ d _____ de _____

Firma: _____
El sol·licitant / El solicitante

El signant fa declaració responsable que les dades obrants en la present sol·licitud, així com en la documentació adjunta a la mateixa, són fidel reflex del contingut en el centre objecte de sol·licitu, tenint a la disposició de l'administració la documentació que ho acredita.
El arriba firmante hace declaración responsable de que los datos obrantes en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta a la misma, son fiel reflejo de lo contenido en el centro objeto de solicitud, teniendo a disposición de la administración la documentación que lo acredita.

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE