RESOLUCIÓN 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

Resolución de 9 de abril de 2010, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación de los expedientes de varios procedimientos administrativos. (1)

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

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

RESUELVO

Primero. *Habilitación del Registro Telemático*

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

- Autorización de traslado de cadáveres, restos humanos y exhumación. (2)
- Autorización-acreditación de centros sanitarios para la extracción, procesamiento, almacenamiento y distribución de órganos y tejidos y trasplante de órganos y/o implante de tejidos.

---

1 .- BOCM de 29 de abril de 2010.

El texto reproducido incorpora las modificaciones efectuadas por las siguientes normas:

- Resolución de **6 de mayo de 2011**, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se ordena la publicación de impreso normalizado de "Solicitud de Autorización de Centros y Servicios Sanitarios" (BOCM 31 de mayo de 2011).

- Resolución de **23 de abril de 2012**, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se ordena la publicación de impresos normalizados de los procedimientos de "Comunicación previa de comercio al por menor de carne" y de "Inscripción en el Registro de Industrias Alimentarias" (BOCM 11 de mayo de 2012).

- Resolución de **22 de abril de 2015**, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se ordena la publicación de los impresos normalizados de autorización de traslado de cadáver, de traslado de restos humanos y de exhumación. (BOCM 22 de mayo de 2015)

2 .- El impreso normalizado de este procedimiento ha sido sustituido por el aprobado mediante Resolución de **22 de abril de 2015**, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se ordena la publicación de los impresos normalizados de autorización de traslado de cadáver, de traslado de restos humanos y de exhumación.

- Autorización-homologación de centros relacionados con la producción humana asistida. (3)
- Autorización y renovación de locales permanentes o móviles para la asistencia sanitaria a espectáculos públicos (festejos taurinos).
- Inscripción y modificaciones en el Registro de Industrias Alimentarias. (4)
- Autorización de almacén de distribución de materias primas veterinarias.

La inclusión en el Anexo I del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, de los procedimientos citados, que deberá entenderse modificado en lo relativo a estos procedimientos en el texto del último párrafo de la relación de procedimientos adscritos a la Consejería de Sanidad, siendo de aplicación el siguiente:

"Trámites susceptibles de realización ante el Registro Telemático":
Todos aquellos que en el momento de la presentación de la solicitud de inicio del procedimiento se encuentren en situación de operativos en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con lo establecido en la página web www.madrid.org"

Segundo. *Publicación impresos*

Ordenar la publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de los modelos de solicitud, escritos y comunicaciones que se adjuntan como Anexo, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.

ANEXO (5)

3 .- El impreso normalizado de este procedimiento ha sido sustituido por el aprobado mediante Resolución de 6 de mayo de 2011, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se ordena la publicación de impreso normalizado de "Solicitud de Autorización de Centros y Servicios Sanitarios".

[4].- Los impresos normalizados de este procedimiento han sido sustituidos por los aprobados mediante Resolución de 23 de abril de 2012, de la Dirección General de Ordenación e Inspección.

[5] .- Incorpora las modificaciones efectuadas por las Resoluciones de **6 de mayo de 2011**, **23 de abril de 2012** y **24 de abril de 2015**, de la Dirección General de Ordenación e Inspección.

Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

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

1.- Datos del Centro:

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

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

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

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

3.- Medio de notificación:

○	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.- Tipo de Extracción para Autorización-Acreditación:

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

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

BOCM-20100429-15

5.- Documentación requerida:

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

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	○	○
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	☐	
Memoria detallada de los medios materiales que el centro dispone para los programas solicitados, especificando el cumplimiento de los requisitos siguientes: - Unidad quirúrgica especializada - Especialista con experiencia demostrada en cada extracción - Sistema de recogida y custodia de la información relativa a sus actividades, de acceso restringido y confidencial.	☐	
Equipo Sanitario adscrito al programa solicitado	☐	
Datos del Responsable del programa y su currículum vítae	☐	
Modelo de consentimiento informado	☐	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	☐	
Documento de colaboración con la Oficina Regional de Trasplante	☐	
Nombramiento del Coordinador de trasplante por cada tipo de extracción	☐	
Nombramiento del Responsable de Biovigilancia	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	
Otros documentos. Especifique:	☐	

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

6.- Observaciones:

Información Institucional
Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid. ☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En……, a…….....de……..…….…. de……

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección

BOCM-20100429-15

Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

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

1.- Datos del Centro:

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

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

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

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

3.- Medio de notificación:

○	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.- Tipo de Banco para Autorización-Acreditación:

TIPO DE BANCO		Nuevo (1)	Renovación (1)
Banco de progenitores hematopoyéticos		○	○
Banco de sangre de cordón umbilical		○	○
Banco de tejido osteotendinoso		○	○
Banco de segmentos vasculares		○	○
Banco de válvulas cardíacas		○	○
Banco de piel		○	○
Banco de tejido ocular		○	○
Banco de membrana amniótica		○	○
Otro tipo de banco. Especifique:		○	○

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

5.- Observaciones:

BOCM-20100429-15

6.- Documentación requerida:

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

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	○	○
Copia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	☐	
Memoria detallada de los medios materiales que el centro dispone para los programas solicitados, especificando además el cumplimiento de los requisitos siguientes: - Documentos de colaboración con los Centros de extracción, Implante y establecimientos de tejidos con los cuales se colabore - Condiciones de envío de los tejidos	☐	
Documentación del Sistema de Calidad que contemple: - Manuales de procedimientos operativos de las actividades autorizadas y de los procesos críticos - Formularios de transmisión de la información - Manuales de formación y referencia	☐	
Equipo Sanitario adscrito al programa solicitado.	☐	
Datos del Responsable del programa y su currículum vítae.	☐	
Modelo de consentimiento informado.	☐	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	☐	
Documento de colaboración con la Oficina Regional de Trasplante	☐	
Nombramiento del Coordinador de trasplante por cada tipo de banco	☐	
Nombramiento del Responsable de Biovigilancia	☐	
Documento que recoja el régimen de compensaciones económicas que el establecimiento aplica a sus productos	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	
Otros documentos. Especifique:	☐	

(*) 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.

BOCM-20100429-15

Información Institucional
Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid. ☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En……., a…….....de……..……..… de……

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección

BOCM-20100429-15

Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de Autorización-Acreditación de centros sanitarios para el trasplante de órganos y/o implante de tejidos

1.- Datos del Centro:

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

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

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

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

3.- Medio de notificación:

○	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.- Tipo de Trasplante/ Implante para Autorización-Acreditación:

ÓRGANOS		Nuevo (1)	Renovación (1)
Trasplante de órganos en adultos			
Trasplante de riñón procedente de donante cadáver		○	○
Trasplante de riñón procedente de donante vivo		○	○
Trasplante de hígado procedente de donante cadáver		○	○
Trasplante de hígado procedente de donante vivo		○	○
Trasplante de pulmón		○	○
Trasplante de corazón		○	○
Trasplante de intestino		○	○
Trasplante de páncreas		○	○
Trasplante multivisceral		○	○
Trasplante de cualquier otro órgano en adultos. Especifique:		○	○
Trasplante de órganos en infantil			
Trasplante de riñón procedente de donante cadáver		○	○
Trasplante de riñón procedente de donante vivo		○	○
Trasplante de hígado procedente de donante cadáver		○	○
Trasplante de hígado procedente de donante vivo		○	○
Trasplante de pulmón		○	○
Trasplante de corazón		○	○
Trasplante de intestino		○	○
Trasplante de páncreas		○	○
Trasplante multivisceral		○	○
Trasplante de cualquier otro órgano en infantil. Especifique:		○	○

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

BOCM-20100429-15

TEJIDOS		Nuevo (1)	Renovación (1)
Implante de tejido osteotendinoso		○	○
Implante de tejido ocular		○	○
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo antólogo en adultos		○	○
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo antólogo en infantil		○	○
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico emparentado en adultos		○	○
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico emparentado en infantil		○	○
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico NO emparentado en adultos		○	○
Trasplante de progenitores hematopoyéticos de tipo alogénico NO emparentado en infantil		○	○
Implante de válvulas cardíacas		○	○
Implante de segmentos vasculares		○	○
Implante de islotes de páncreas		○	○
Implante de piel		○	○
Implante de membrana amniótica		○	○
Implante de tejido compuesto. Especifique:		○	○
Implante de otro tejido. Especifique:		○	○

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

5.- Observaciones:

BOCM-20100429-15

6.- Documentación requerida:

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

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Fotocopia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona física)	○	○
Fotocopia del DNI/ NIF del representante del Centro sanitario (En caso de persona jurídica)	☐	
Memoria detallada de los medios materiales que el centro dispone para los programas solicitados, especificando el cumplimiento de los requisitos indicados en la legislación aplicable.	☐	
Equipo Sanitario adscrito al programa solicitado	☐	
Datos del Responsable del programa y su currículum vítae	☐	
Modelo de consentimiento informado	☐	
Documentación acreditativa de la inscripción de los ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos	☐	
Documento de colaboración con el Banco de Tejidos a trasplantar. Datos mínimos: - Condiciones de envío de los tejidos - Compromiso de reversión de la información solicitada por el Banco para completar la trazabilidad de los tejidos - Compromiso de declaración de incidentes de bioseguridad y de la información necesaria para su completa investigación	☐	
Documento de colaboración con la Oficina Regional de Trasplante	☐	
Nombramiento del Coordinador de trasplante por cada tipo	☐	
Nombramiento del Responsable de Biovigilancia	☐	
Pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	☐	
Otros documentos. Especifique:	☐	

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

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En……., a…….....de……..……..… de……

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección

BOCM-20100429-15

Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

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

1.- Tipo de solicitud:

○	Instalación	Local Permanente en la localidad de :	○	Instalación	Centro Móvil matrícula:
○	Funcionamiento		○	Funcionamiento	

2.- Datos del interesado:

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

3.- Datos de el/la representante:

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

4.- Medio de notificación:

○	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

5.- Documentación a aportar:

5.1. Autorización Instalación locales permanentes y centros móviles:

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

BOCM-20100429-15

5.2. Autorización Funcionamiento locales permanentes y centros móviles:

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

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

6.- EXPONE:

7.- SOLICITA:

BOCM-20100429-15

Información Institucional
Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid. ☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En ……., a……..... de……..……..… de……

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS, cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y podrán ser cedidos según la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección

BOCM-20100429-15

Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

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

1.- Tipo de solicitud:

○	Renovación Local Permanente en la localidad de :	○	Renovación de Centro Móvil matrícula:	○	Modificación

2.- Datos del interesado:

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

3.- Datos de el/la representante

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

4.- Medio de notificación

○	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

5.- EXPONE:

6.- SOLICITA:

BOCM-20100429-15

7.- Documentación a aportar:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento justificativo del abono del importe de tasas (modelo 030).	☐
Plantilla sanitaria actualizada y completa.	☐
Recibo actualizado, al corriente de pago, del seguro de Responsabilidad Civil Profesional de cada uno de los profesionales sanitarios que prestan servicio.	☐
Recibo al corriente de pago, del seguro de continente y contenido del local o centro móvil.	☐
Declaración escrita de no haber realizado modificación de ningún tipo, firmada por el Director Sanitario del local.	☐
Si hay modificación de algún tipo, se presentarán los documentos necesarios que justifiquen autorizar dicha modificación	☐
Recibo actualizado de retirada de residuos, al corriente de pago, con empresa autorizada.	☐
Si existe relación con otras unidades o servicios ajenos a las instalaciones del centro, deberá presentar documentación acreditativa. En su caso:	
Farmacia autorizada para suministro de medicamentos.	☐
Mantenimiento de filtros de aire acondicionado.	☐
Suministro y mantenimiento de gases medicinales.	☐
Concierto con empresa autorizada para el transporte sanitario y relación de ambulancias disponibles.	☐
Esterilización del material sanitario.	☐
Documento acreditativo de que se observan las normas que sobre prevención de riesgos laborables se establecen en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre y R.D. 3971997, de 17 de enero.	☐
En caso de tener archivo de historias clínicas informatizado, inscripción en el correspondiente registro de la Agencia de Protección de Datos.	☐

Información Institucional
Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid. ☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En ……., a……..... de……..……..… de……

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS, cuya finalidad es la Gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y podrán ser cedidos según la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección

BOCM-20100429-15

Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de Autorización de Almacén de distribución de materias primas veterinarias

1.- Datos del Titular:

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

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

2.- Datos de el/la representante:

DNI/ NIF:		Apellidos	
Nombre		Título de representación:	

3.- Datos del Almacén:

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

4.- Medio de notificación:

○	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

5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del DNI del Titular o Representante (para personas físicas).	○	○
Copia del NIF del Titular o Representante (para personas jurídicas).	☐	
Documento acreditativo de la Representación (En su caso)	☐	
Planos de situación y distribución del establecimiento y de sus locales	☐	
Memoria explicativa del proyecto, de los medios tecnológicos y humanos de que disponen para el desarrollo de su actividad.	☐	
Autorización municipal	☐	
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.

BOCM-20100429-15

Información Institucional
Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid. ☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En……., a……....de……..……..… de……

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero MEDVET, cuya finalidad es el Control de la comercialización de medicamentos veterinarios e instrumento de control de medicamentos veterinarios. No se realizarán cesiones de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección

(03/15.618/10)

BOCM-20100429-15