Declaración responsable para no variación de condiciones, sólo para los siguientes tipos de centro/establecimientos/u ofertas :

- Establecimientos sanitarios:

  E.3 Ópticas.

  E.4 Ortopedias.

  E.5 Establecimientos de audioprótesis.

- C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento. (Profesionales a domicilio)
- C.2.2 Consulta de otros profesionales sanitarios (consultas puras)

  U.900.1 Psicología (otras unidades asistenciales)

  U.900.3 Dietética y Nutrición (Otras unidades asistenciales)

  U.900.6 Otras unidades asistencia Audiología

  U.900.8 Otras unidades asistencia Optometría

  U.900.9 Otras unidades asistencia Audiologia-protesica

  U.60 Terapia Ocupacional

  U.61 Logopedia

  U.62 Foniatría

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA

Procedimiento nº: 716

DATOS DEL CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO:							
1.- DENOMINACIÓN DEL CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO							
NOMBRE / RAZON SOCIAL:						NIF/CIF:	
2.- DOMICILIO SOCIAL							
CL /PL /AV/	NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA	NÚM	LETRA	ESC.	PISO	PTA	C.P. 30
MUNICIPIO/LOCALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO:	Nº RES				

Declaración en nombre y representación del centro/establecimiento bajo mi responsabilidad (Marcar la casilla adecuada):

D/Dª.: .....

Declaración que se realiza a los efectos de Renovación de la citada Autorización, para su presentación ante la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Seleccionar 1 de las 2 opciones siguientes:

☐	DECLARO: que las condiciones iniciales (o las de la última renovación y/o modificación) en las que se emitió la "Autorización sanitaria de centros, servicios y establecimientos sanitarios" por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, **NO SE HAN MODIFICADO** en cuanto a estructura funcional y/o física del centro, en su oferta asistencial, equipamiento o titularidad, por lo que actualmente los datos correspondientes a la citada licencia son iguales a los que se tuvieron en cuenta para emitir la autorización inicial o última renovación sanitaria de funcionamiento.
☐	DECLARO: que las condiciones iniciales (o las de la última renovación y/o modificación) en las que se emitió, por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, la "Autorización sanitaria de centros, servicios y establecimientos sanitarios", **SI SE HAN MODIFICADO** en cuanto a estructura funcional y/o física del centro, en su oferta asistencial, equipamiento o titularidad, por lo que se aportan los datos y documentos que acreditan los cambios producidos. *(Adjuntar además **Solicitud** de **Modificación** sustancial ,procedimiento nº. 1628)*

D/Dª.: .....

☐	DECLARO: cumplir con las condiciones y requisitos generales establecidos en el artículo 5 del Decreto 73/2004, de dos de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales, lo cual podrá ser verificado mediante la correspondiente visita de comprobación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del citado Decreto.
☐	DECLARO: que se cumplen los requisitos técnicos sanitarios específicos que me son de aplicación y que dispongo en todo momento de los recursos humanos y materiales para ejercer las actividades autorizadas.
☐	DECLARO: que dispongo de la documentación justificativa de que los espacios físicos, instalaciones, equipos y recursos humanos del centro/servicio/establecimiento sanitario son suficientes para desarrollar la oferta asistencial de forma adecuada a la finalidad pretendida.
☐	DECLARO: que se han previsto los mecanismos que aseguran el cumplimiento de la normativa en materia de archivo, documentación clínica y Libro de Reclamaciones, respetando, en todo caso, las normas sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal.
☐	DECLARO: que la publicidad realizada del Centro/Servicio/Establecimiento sanitario no induce a error y se limita a los servicios y actividades para los que cuenten con autorización y se hace constar el número de autorización específica de publicidad sanitaria.(si procede).
☐	DECLARO: que conozco que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a la presente declaración responsable, o la no presentación de la documentación que le sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar. 12 de diciembre de 2023

En Murcia , a

Firma: El/la representante legal

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Al firmar esta solicitud queda establecido que usted presta su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales. Lea esta información antes de firmar.

Responsable del tratamiento: Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.

Finalidad del tratamiento: la tramitación administrativa que se derive de la gestión de esta solicitud. Los datos objeto de tratamiento serán conservados durante el tiempo en que pueda exigirse algún tipo de responsabilidad derivada de una relación jurídica o ejecución del contrato, con el objetivo de atender las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento durante el plazo de prescripción de estas.

Legitimación para el tratamiento: el cumplimiento de una tarea en interés público o el ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento en virtud de la normativa recogida en la solicitud y por el consentimiento del interesado (artículos 6 y 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales en relación con el artículo 6.1.a, c y e del Reglamento 2016/679 de Protección de Datos) de modo que no facilitar los datos provocará la imposibilidad de gestionar la solicitud y prestar el correspondiente servicio.

Destinatarios de cesiones de datos: No se cederán datos a terceros salvo a las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación o resolución de sus procedimientos. También se cederán cuando exista una obligación legal.

Derechos de interesado: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, así como otros derechos, que se explican en la información adicional.

Procedencia de los datos: Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen datos procedentes de la Plataforma de Interoperabilidad de la CARM. Las categorías de datos que se tratan que se obtienen son datos de identificación y académicos.

Contacto Delegado de Protección de Datos: Inspección General de Servicios de la CARM; dirección de correo electrónico: dpdigs@listas.carm.es

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m