

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

MODELO DE COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Artículo 16.5 del Decreto 69 / 2008 ,de 26 de febrero (BOJA nº 52 de fecha 14 de marzo de 2008.)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO										
DENOMINACIÓN:							N.I.C.A. (1):			
DOMICILIO:										
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:					NÚMERO:	LETRA:	KM. EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:
ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						
(1) Número de Identificación de Centros de Andalucía.										

2 DATOS A ACTUALIZAR									
DENOMINACIÓN CENTRO:									

3 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL										
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES:							NIF:			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:							NIF:			
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:										
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:					NÚMERO:	LETRA:	KM. EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:
ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE									
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta copia autenticada del DNI/NIE.									

5 OBSERVACIONES									

6 DOCUMENTOS ADJUNTOS									



002056D

7	COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante COMUNICA el cambio de denominación del centro, servicio o establecimiento sanitario que se especifica en el presente documento.	
En a de de	
EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.:	

- ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN (en caso de centros de internamiento).
- ILMO/A SR/A DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL (en los demás casos).

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan, van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero S.I.C.E.S.S. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la inscripción de todos los centros y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Salud y Bienestar Social. Avda. de la Innovación, S/N Edif. Arena 1. 41071 -SEVILLA o Avda. de Hytasa nº 14. 41071 -SEVILLA.