**MEMORIA DESCRIPTIVA DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO**

D/ª. …………………………………………………………………………………….…………………………………..,

con D.N.I. ………………………………………………, Titular / Representante Legal de la **Clínica**

**Dental** denominada …………………………………….……………………………………………………………

con NICA Nº ……………………………… y dirección en ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….…………………………...

de la localidad de ……………………..………… C.P. ……………..……………, declara que:

- **Los/as PROFESIONALES** que prestarán sus servicios para la Prestación de la Asistencia Dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía en la citada Clínica Dental serán los siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Apellidos** | **Titulación** | **Nº Colegiado/a** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- Y que dicha clínica dispone del **equipamiento** siguiente:

1. Un aparato de ultrasonidos para tartrectomías.
2. Una lámpara de polimerización, con una sola función, regulación de baja tensión con temporizador, lámpara para 120 W y conexión a la red de 220 V.
3. Equipo de radiodiagnóstico para la realización de radiografías intraorales.

Firma del/la Titular / Representante Legal,

En ……………………………………. a ………. de …………………………. de 20 …..