|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis | **Región de Murcia**  Consejería de Sanidad  Dirección General de Salud Pública y Adicciones  Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis  **Nº Procedimiento: 1754** | **DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL ART.69**  **LEY 39/2015 DE 1 DE OCTUBRE**  **FABRICACIÓN O ELABORACIÓN,**  **ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN,**  **TRANSPORTES Y VENTA AL POR MAYOR DE**  **PRODUCTOS DE ORIGEN NO ANIMAL Y**  **DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS DE ORIGEN**  **ANIMAL (SIN ALMACENAMIENTO)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Inscripción inicial de actividad |  | Cambio de domicilio industrial |  | Baja en registro |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cambio de titularidad |  | Ampliación de actividad |  | Actualización/Modificación de otros datos |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cambio de domicilio social |  | Cese de actividad |  | Otras instalaciones o centros |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | | | | **DATOS DEL TITULAR** | | | | | | | | | | **IDE:** | | | | | | | | **IDT:** | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DNI/NIE/CIF | | | | |
| DOMICILIO SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | C. POSTAL | | | | LOCALIDAD | | | | PROVINCIA | |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES | | | | | | | | | | | | | | | C.POSTAL | | | | LOCALICAD | | | | PROVINCIA | |
| TELÉFONO FIJO | | | | | | | | TELÉFONO MÓVIL A EFECTOS NOTIFICACIONES | | | CORREO ELECTRÓNICO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES/PAGINA WEB | | | | | | | | | | | | FAX | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | | | DNI/NIE | | | | | REPRESENTANTE LEGAL  APODERADO | | | |
| **2** | | | **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO INDUSTRIAL | | | | | | | | | | | | C. POSTAL | | | | | | LOCALIDAD | | | | | PROVINCIA | |
| TELÉFONO FIJO | | | | | | | | TELÉFONO MÓVIL | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | | FAX | |
| ACTIVIDAD ALIMENTARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº RGSEAA | |
| **CATEGORIA** | | | | | | | | | | | | | **ACTIVIDAD** | | | | | | | | | | | |
| FABRICACIÓN, ELABORACIÓN, TRANSFORMACIÓN | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ENVASADO | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| DISTRIBUCIÓN | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ALMACENAMIENTO | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| IMPORTACIÓN | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| OTROS/TRANSPORTE | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **3** | | **CAMBIO DE TITULAR/RAZÓN SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ANTERIOR TITULAR (Deberá adjuntar documento de cesión con firmas reconocidas del cedente y cesionario o copia de escritura de constitución/cesión de la titularidad, o contrato de arrendamiento siempre que el arrendador sea el anterior titular del R.G.S.E.A.A.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | | **CAMBIO DE DOMICILIO** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| SOCIAL …………. | | | | | | |  |  | DOMICILIO ANTERIOR (calle, plaza, etc., y número)  Adjuntar copia del C.I.F. de la sociedad, N.I.F del titular o copia de la escritura pública donde figure dicho cambio. | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |
|  |  |
| INDUSTRIAL........... | | | | | | |  |  | Adjuntar plano de las instalaciones, donde figure la distribución en planta y localización de la maquinaria. | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |
|  |  |
| **5** | | **AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUEVA/S ACTIVIDAD/ES ALIMENTARIA/S  (Aportar memoria de la nueva actividad y plano de las instalaciones, si ha sido necesario modificarlas o ampliarlas para dicha actividad) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CATEG.  ACTIV. |
| **6** | | **CESE DE ACTIVIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD/ES ALIMENTARIA/S EN LAS QUE CESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CATEG.  ACTIV. |
| **7** | | **BAJA EN REGISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº/NROS.REGISTRO EN QUE SE SOLICITA LA BAJA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | | **ACTUALIZACION/MODIFICACION DE OTROS DATOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | | | | **OTRAS INSTALACIONES O CENTROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | Posee las instalaciones o centros dedicados exclusivamente al almacenamiento o depósito de productos envasados para uso en la propia empresa de producción, transformación, elaboración o envasado, situados dentro del ámbito de la misma Comunidad Autónoma (Art.5.1.a. del R.D.191/2011, de 18 de febrero, B.O.E. de 8 de marzo), que se indican: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALLE/PLAZA/POLIGONO:  PEDANÍA:  MUNICIPIO:  PROVINCIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | | | | | **EXPOSICIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En cumplimiento del artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y del Real Decreto 191/2011, de 18 de febrero, sobre Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos, por la que se regula el procedimiento para registrar con carácter nacional y público, las empresas implicadas en la cadena alimentaria para la actividad de:   |  | | --- | | ***ACTIVIDAD ALIMENTARIA****:* |   REALIZO BAJO MI RESPONSABILIDAD LA SIGUIENTE DECLARACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11** | | | | | **DECLARACIÓN RESPONSABLE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Declaro que cumplo los requisitos establecidos en la normativa vigente, en consecuencia presento esta declaración responsable y así mismo estoy en posesión de los documentos que así lo acreditan, comprometiéndome a su cumplimiento durante el período inherente a dicho reconocimiento o ejercicio. 2. Declaro que conozco y cumplo las normas y requisitos específicos que regulan la actividad a que se refiere la presente declaración, en materia de Seguridad Alimentaria, Nutrición y Zoonosis según normativa vigente, de la Comisión Europea, Española y Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.   3. Autorizo a la Dirección General de Salud Pública y Adicciones para que en cualquier momento pueda comprobar electrónicamente o por otros medios, la veracidad de los datos personales y documentales incluidos en esta declaración. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **12** | **EFECTOS** |
| La presente declaración responsable tendrá los siguientes efectos: la inscripción, cambio de titularidad, cambio de domicilio social/industrial, ampliación de la actividad, cese de la actividad, baja en el Registro y cualquier otra modificación, de las empresas y establecimientos en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos, pudiendo simultáneamente iniciar la actividad, sin perjuicio de los controles oficiales que posteriormente puedan llevarse a cabo. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **13** | **INFORMACIÓN LEGAL** |
| 1.- La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a esta Declaración o la no presentación de la misma ante la Administración competente determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.  2.-Cualquier modificación que se produzca respecto de la situación anterior, deberá comunicarse a esta Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sin perjuicio de las facultades de comprobación, control e inspección que tiene atribuida la Administración Pública.  3.- Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero REG-SANI con la exclusiva finalidad de gestionar su autorización y controles sanitarios. El responsable de este fichero/tratamiento es la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, el 13 de diciembre el Protección de Datos de Carácter Personal.  Los datos de carácter personal que recoge este documento se cederán a: Agencia Española de Seguridad Alimentaria Servicio Registro General Sanitario de Alimentos, a los exclusivos efectos y con los requisitos establecidos en la citada Ley Orgánica de Protección de Datos | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El interesado

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA [1]: Marcar** una X para autorizar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal:

**□** Autorizo a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a notificarme a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones que se deriven de la tramitación de esta solicitud. A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitados por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM [https://sede.carm.es](https://sede.carm.es/), en el apartado notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.

Asimismo autorizo a la CARM a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica, a través de un correo electrónico a la dirección de correo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/o vía SMS al nº de teléfono móvil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente.***

***[2]  De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2  de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada.***

*(****\*****) No está obligado a presentar los documentos marcados con \*, salvo que expresamente no autorice a esta Administración para que pueda obtener/ceder los datos/documentos de forma electrónica o por otros medios. EN EL CASO DE OPOSICIÓN EXPRESA, ESTARÁ OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A LA SOLICITUD (art. 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*

**\*No □** autorizo al Órgano administrativo competente (Marcar una **X** para **NO** autorizar) a obtener/ceder, de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en concreto los datos personales relacionados a continuación:

Consulta de datos de identidad

|  |
| --- |
| DOCUMENTACIÓN NECESARIA |
| **LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD DARA LUGAR A LA LIQUIDACION DE LA TASA ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE**. INSCRIPCIÓN |
| DNI\*, NIE\*, o CIF (fotocopia).Justificante de alta en Hacienda: Declaración censal, IAE (fotocopia).Únicamente para distribuidores sin depósito.Plano de instalaciones con indicación de las dimensiones, la disposición de equipos, maquinaria y la distribución de las áreas de trabajo.Memoria de actividad: exposición del tipo de actividad que se desarrolla (fabricación, envasado, almacenamiento, distribución, importación…), alimentos que se producen y materias primas que se utilizan, características de los procesos y de los tratamientos que se aplican, formatos de comercialización,…Adjuntar tasa administrativa correspondiente: T810-H002C (1/2).Esta tasa se facilitara en OCAGs / OCAE (ventanillas únicas) de los Ayuntamientos, Áreas de Salud Pública o Consejería de Salud para su ingreso en la entidad bancaria.Programa de APPCC: Que contemple al menos, diagrama de flujo, cuadros de gestión y pre-requisitos sanitarios (Plan de limpieza, desinfección y eliminación de residuos, Plan de control de plagas, Plan de formación de manipuladores, Plan de control de aguas, Plan de mantenimiento, Plan de control de proveedores, Plan de control de trazabilidad, etc...) |
| CAMBIO DE TITULAR/RAZÓN SOCIAL |
| Documento de cesión, por el cual el anterior titular cede al nuevo el número de Registro Sanitario, con las firmas de ambos reconocidas. Este documento de cesión puede ser sustituido por Escritura de Constitución, contrato de arrendamiento, etc., siempre que sean demostrativas de este cambio de titular y siempre con firma reconocida.Del nuevo titularDNI\*, NIE\* o CIF (fotocopia).Justificante de alta en Hacienda: Declaración censal, IAE (fotocopia). Únicamente para distribuidores sin depósito. |
| CAMBIO DE DOMICILIO |
| Domicilio Social:  * DNI**\***, NIE**\*** o CIF del titular (fotocopia) o copia de la escritura pública donde figure dicho cambio.  Domicilio industrial:Plano de instalaciones con indicación de las dimensiones, la distribución de los equipos, maquinaria y distribución de las áreas de trabajo.Programa de APPCC (como se indica en la inscripción). |
| AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD |
| Memoria de la nueva actividad sanitaria.Plano de las instalaciones con indicación de las dimensiones, si ha sido necesario modificarlas o ampliarlas para la nueva actividad. |
| **CESE DE ACTIVIDAD** |
| No se requiere documentación/NO REQUIERE TASA |
| **BAJA EN REGISTRO** |
| No se requiere documentación/NO REQUIERE TASA |
| **OTROS DATOS/ACTUALIZACION** |
| Para la actualización del Registro Sanitario presentar solicitud debidamente cumplimentada con datos actualizados.Memoria de incidencias no contempladas en los apartados anteriores, tales como ampliación de las instalaciones existentes que no impliquen una ampliación de la actividad (adjuntar planos), anotación de productos, etc. |

|  |
| --- |
| **OTRAS INSTALACIONES O CENTROS** |
| Plano a escala de las nuevas instalaciones.Memoria de la actividad: exposición del tipo de actividad que se desarrolla.Programa APPCC (como se indica en la inscripción). |

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD** |
| Este impreso deberá utilizarse para las de solicitudes relacionadas con el Registro General Sanitario de Establecimientos Alimentarios y Alimentos de ORIGEN NO ANIMAL Y DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL, conforme a lo establecido en el Real Decreto 191/2011, de 18 de febrero, (B.O.E. de 8 de marzo de 2011) y Reglamento 853/2004, del 29 de abril, por el que se establecen normas específicas de higiene de los alimentos de origen animal (art.4) |
| DATOS DEL TITULAR DE LA INDUSTRIA |
| Se cumplimentarán siempre en todas las solicitudes que se presenten. |
| DATOS DE LA INDUSTRIA |
| Se cumplimentarán siempre en todas las solicitudes que se presenten. |
| Actividad Se indicará el tipo de actividad que se ejerce (producción, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, distribución e importación de productos procedentes de países no pertenecientes a la CEE). Cuando los productos procedan de países pertenecientes a la UE, no se considerará importación.  **Claves y sub-claves**  No se cumplimentará por estar reservado a la Administración. |
|  |
| CAMBIO DE TITULAR/RAZÓN SOCIAL |
| Se indicarán los datos de identificación del anterior titular que figuraba inscrito. |
| CAMBIO DE DOMICILIO |
| Se hará constar el domicilio con el que figuraba inscrita anteriormente, así como si el cambio afecta al domicilio social, industrial o a ambos. |
| AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD |
| Se relacionarán de forma exhaustiva las nuevas actividades que desarrolla la industria, ajustándose a la Legislación Sanitaria correspondiente. |
| **CESE DE ACTIVIDAD** |
| Se indicarán la actividad/es alimentaria/s en las que se cesa. |
| **BAJA EN REGISTRO** |
| Se indicarán el Nº/Nos. de Registro General Sanitario del que se solicita la baja. |
| **OTROS DATOS/ACTUALIZACION** |
| Este apartado se utilizará para comunicar incidencias no contempladas en los apartados anteriores, tales como ampliación de las instalaciones existentes que no impliquen una ampliación de actividades, anotación de productos, etc. |

**OTRAS INSTALACIONES O CENTROS**

|  |
| --- |
| Se indicarán las nuevas instalaciones, indicando domicilio completo. |