SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO

Código de procedimiento de la Carm: 715

**1. INTERESADO ( TITULAR ):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido 1º** | **Apellido 2º** | | **Nombre** | | **NIF/NIE** | |
|  |  | |  | |  | |
| **Dirección a efectos de notificaciones**  ( Calle, avenida, plaza, nº, piso, puerta ) | | | **Municipio / Localidad** | | **C P** | **Teléfono** |
|  | | |  | |  |  |
| **Tfno. Móvil** para **aviso** de **notificaciones electrónicas**: |  | **Correo electrónico** para **aviso** de **notificaciones electrónicas**: | |  | | |

**EN REPRESENTANTACIÓN DE:**  (Sólo en caso de actuar en representación ) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos y Nombre / Razón Social** | **N I F / C I F** |
|  |  |

**2. DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominación ( nombre comercial ) :** | | **Teléfono** | |
|  | |  | |
| **Dirección ( Calle, avenida, plaza, nº, piso, puerta )** | **Municipio / Localidad** | | **Código Postal** |
|  |  | | 30 |

**3. MODALIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA (Indicar además tipo de centro y servicio/s en el dorso) :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Centro Sanitario** | **Oferta/s Asistencial/es** | **Indicar aquí y/o en el reverso las ofertas** |  | **Establecimiento Sanitario** |

**4. a). DOCUMENTACIÓN DE NECESARIA APORTACION POR EL SOLICITANTE:**

**(señalar con una X** *)* (De cuya veracidad se responsabiliza el interesado, según Art. 28.7, Ley 39/2015) *:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Documento acreditativo del **solicitante** (NIF/NIE.)  Si se actúa por **representación** del interesado: Documento que acredite la representación. |
|  | *Si es una sociedad*: Escritura de constitución de la misma y tarjeta de identificación fiscal (CIF) |
|  | Declaración Responsable del solicitante en la que se manifieste que cumple con las condiciones y requisitos generales previstos en el Artículo 5. del Decreto nº 73/2004 de 2 de julio *(En modelo normalizado)* |
|  | Memoria Descriptiva: Tipo de centro y Oferta asistencial, cartera de servicios, principales técnicas diagnósticas, relación del utillaje y aparataje, plantilla de personalcon nº de NIF/NIE, agrupada por servicios médicos/sanitarios que presta el centro, horario, fecha y firma del solicitante |
|  | Acreditación del nombramiento y aceptación del Director Técnico o responsable máximo sanitario *(En modelo normalizado)* |
|  | Titulaciones académicas de todos los profesionales sanitarios, compulsados. *(Ver apartado* ***4.b****)* |
|  | Certificado/s de Colegiación, original o compulsada, detallando especialidad si se posee, de todos los profesionales sanitarios |
|  | Cédula urbanística o Informe de uso, expedidos por el Ayuntamiento correspondiente |
|  | Plano de distribución con mobiliario y equipamiento, a escala. ( Las instalaciones deben estar adaptadas a personas afectadas por minusvalías, según Decreto 39/1987, de 4 de junio sobre supresión de barreras arquitectónicas y Orden 15 de octubre de 1991). |
| *LOS CENTROS QUE GENEREN* ***RESIDUOS PELIGROSOS*** *APORTARÁN:* | |
|  | Acreditación de la Comunicación previa al Registro de Productor de Residuos Peligrosos, con sello de presentación. (Pequeño Productor de Residuos Peligrosos) *(Código nº.5822 de la Guia de Procedimientos de la CARM).* |
| *LOS CENTROS QUE DISPONGAN DE EQUIPOS DE* ***RADIODIAGNÓSTICO****, RADIOTERAPIA Ó MEDICINA NUCLEAR, APORTARÁN:* | |
|  | Inscripción / Solicitud de Inscripción, de la instalación de rayos x (con identificación del nº de Exp.) *(Código nº 987 de la Guia de Procedimientos de la Carm) (Ver apartado 4.b)* |
|  | Programa de Garantía de Calidad de Radiodiagnóstico |
|  | Acreditación/es para dirigir/supervisar aparatos de rayos X |
| *LOS CENTROS QUE DISPONGAN DE* ***QUIRÓFANOS****, SALAS DE INTERVENCIÓN,* ***ELECTRO BISTURÍ****, REANIMACIÓN, SERVICIO DE UCI, ..,:* | |
|  | Inscripción de instalación eléctrica de baja tensión *(Código nº 12-19 de la Carm)* *(Ver apartado* ***4.b****)* |

**4 b) DOCUMENTACIÓN SUSCEPTIBLE DE CONSULTA POR LA ADMINISTRACIÓN :**

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, **se entiende otorgado el consentimiento** para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud:

En caso contrario, en el que el solicitante NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s:

**No Autorizo** al órgano administrativo para que se **consulten** **Documentos acreditativo** delsolicitante (NIF/NIE.)

**No Autorizo** al órgano administrativo para que se consulten **Titulaciones académicas**

**No Autorizo** al órgano administrativo para que se **consulten** la **Inscripción** de la **instalación** de **rayos x .**

**No Autorizo** al órgano administrativo para que se **consulten** la **Inscripción** de **instalación eléctrica** de **baja tensión**.

EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD. Dicha obligación también persistirá respecto la documentación de los **profesionales** cuya autorización para consulta por la Administración no se acompañe a esta solicitud, en cuyo caso **deberán autorizarlo expresamente dichos profesionales individualmente**.

**5) - NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA (** PARA LOS NO OBLIGADOS SEGÚN NORMATIVA):

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 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO a notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones (actos y resoluciones) que se deriven de la tramitación de esta solicitud.

A tal fin, adquiero la obligación [**2**] de acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitado por la Administración Regional,

a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM: [**https://sede.carm.es/**](https://sede.carm.es/) apartado consultas / notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano; o directamente en la URL: [**https://sede.carm.es/vernotificaciones**](https://sede.carm.es/vernotificaciones)

Asimismo **autorizo** a la DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA YATENCIÓN AL CIUDADANO 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.

Murcia, a

Firma del solicitante

**6. CLASIFICACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS** (2)(marcar con una X):

(2)  Según Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

**6.A.** TIPOSDE **CENTROS SANITARIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ***HOSPITALES ( CENTROS CON INTERNAMIENTO ) :*** | | ***C.1*** | |
|  | | HOSPITALES GENERALES | | C.1.1 | |
|  | | HOSPITALES ESPECIALIZADOS | | C.1.2 | |
|  | | HOSPITALES DE MEDIA Y/O LARGA ESTANCIA | | C.1.3 | |
|  | | HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO TOXICOMANIAS | | C.1.4 | |
|  | | OTROS CENTROS CON INTERNAMIENTO | | C.1.90.0 | |
|  | | OTROS CENTROS CON INTERNAMTO.:HOSPITAL MEDICO-QUIRURGICO | | C.1.90.1 | |
|  | |  | |  | |
|  | | *PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO* | | *C.2* | |
|  | | CONSULTAS MEDICAS | | C.2. 1 | |
|  | | CONSULTAS DE OTROS PROFESIONALES SANITARIOS | | C.2. 2 | |
|  | | ***CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA :*** | | ***C.2.3*** | |
|  | | CENTROS DE SALUD | | C.2.3.1 | |
|  | | CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA | | C.2.3.2 | |
|  | |  | |  | |
|  | | CENTROS POLIVALENTES | | C.2.4 | |
|  | |  | |  | |
|  | | ***CENTROS ESPECIALIZADOS :*** | | ***C.2.5*** | |
|  | CLINICAS DENTALES | | C.2.5.1 | |
|  | CENTROS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA | | C.2.5.2 | |
|  | CENTROS DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | | C.2.5.3 | |
|  | CENTROS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA | | C.2.5.4 | |
|  | CENTROS DE DIALISIS | | C.2.5.5 | |
|  | CENTROS DE DIAGNOSTICO | | C.2.5.6 | |
|  | CENTROS MOVILES DE ASISTENCIA SANITARIA | | C.2.5.7 | |
|  | CENTROS DE TRANSFUSION | | C.2.5.8 | |
|  | BANCOS DE TEJIDOS | | C.2.5.9 | |
|  | CENTROS DE RECONOCIMIENTO | | C.2.5.10 | |
|  | Centros de Reconocimiento ( Conductores y permiso de armas ) | | C.2.5.10.2 | |
|  | Centro de Reconocimiento Aeronáutico | | C.2.5.10.1 | |
|  | CENTROS DE RECONOCIMIENTO  ( CONDUCTORES Y PERMISO DE ARMAS ) | | C.2.5.10 | |
|  | CENTROS DE SALUD MENTAL | | C.2.5.11 | |
|  | OTROS CENTROS ESPECIALIZADOS | | C.2.5.90 | |
|  |  | |  | |
|  | OTROS PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO | | C.2.90 | |
|  |  | |  | |
|  | SERVICIOS SANITARIOS INTEGRADOS EN ORGANIZACIÓN NO SANITARIA: OTROS | | C.3.1 | |
|  | SERVICIOS SANITARIOS INTEGRADOS EN ORGANIZACIÓN NO SANITARIA: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES **AJENOS** | | C.3.2 | |
|  | SERVICIOS SAN. INTEGRADOS EN ORG. NO SAN: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES **PROPIOS** / **MANCOMUNADOS** | | C.3.3 | |

**6.B.** TIPOSDE **ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OFICINA DE FARMACIA | E.1 |
|  | BOTIQUIN | E.2 |
|  | OPTICA | E.3 |
|  | ORTOPEDIA | E.4 |
|  | AUDIOPROTESIS | E.5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.C. OFERTA ASISTENCIAL / SERVICIOS SANITARIOS** | | |
|  | MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA | U.1 |
|  | ENFERMERIA | U.2 |
|  | ENFERMERIA OBSTETRICO - GINECOLOGICA (MATRONA) | U.3 |
|  | PODOLOGIA | U.4 |
|  | VACUNACION | U.5 |
|  | ALERGOLOGIA | U.6 |
|  | CARDIOLOGIA | U.7 |
|  | DERMATOLOGIA | U.8 |
|  | APARATO DIGESTIVO | U.9 |
|  | ENDOCRINOLOGIA | U.10 |
|  | NUTRICION Y DIETETICA | U.11 |
|  | GERIATRIA | U.12 |
|  | MEDICINA INTERNA | U.13 |
|  | NEFROLOGIA | U.14 |
|  | DIALISIS | U.15 |
|  | NEUMOLOGIA | U.16 |
|  | NEUROLOGIA | U.17 |
|  | NEUROFISIOLOGIA | U.18 |
|  | ONCOLOGIA | U.19 |
|  | PEDIATRIA | U.20 |
|  | CIRUGIA PEDIATRICA | U.21 |
|  | CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES | U.22 |
|  | CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES | U.23 |
|  | REUMATOLOGIA | U.24 |
|  | OBSTETRICIA | U.25 |
|  | GINECOLOGIA | U.26 |
|  | INSEMINACION ARTIFICIAL | U.27 |
|  | FECUNDACION "IN VITRO" | U.28 |
|  | BANCO DE SEMEN | U.29 |
|  | LABORATORIO DE SEMEN PARA CAPACITACIÓN ESPERMÁTICA | U.30 |
|  | BANCO DE EMBRIONES | U.31 |
|  | RECUPERACION DE OOCITOS | U.32 |
|  | PLANIFICACION FAMILIAR | U.33 |
|  | INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO | U.34 |
|  | ANESTESIA Y REANIMACION | U.35 |
|  | TRATAMIENTO DEL DOLOR | U.36 |
|  | MEDICINA INTENSIVA | U.37 |
|  | QUEMADOS | U.38 |
|  | ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR | U.39 |
|  | CIRUGIA CARDIACA | U.40 |
|  | HEMODINAMICA | U.41 |
|  | CIRUGIA TORACICA | U.42 |
|  | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO | U.43 |
|  | ODONTOLOGIA / ESTOMATOLOGÍA | U.44 |
|  | CIRUGIA MAXILOFACIAL | U.45 |
|  | CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA | U.46 |
|  | CIRUGIA ESTETICA | U.47 |
|  | MEDICINA ESTETICA SIN APLICACION DE TOXINA BOTULINICA | U.48.1 |
|  | MEDICINA ESTETICA CON APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA | U.48.2 |
|  | NEUROCIRUGIA | U.49 |
|  | OFTALMOLOGIA | U.50 |
|  | CIRUGIA REFRACTIVA | U.51 |
|  | OTORRINOLARINGOLOGIA | U.52 |
|  | UROLOGIA | U.53 |
|  | LITOTRICIA RENAL | U.54 |
|  | CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | U.55 |
|  | LESIONES MEDULARES | U.56 |
|  | REHABILITACION | U.57 |
|  | HIDROLOGÍA | U.58 |
|  | FISIOTERAPIA | U.59 |
|  | TERAPIA OCUPACIONAL | U.60 |
|  | LOGOPEDIA | U.61 |
|  | FONIATRIA | U.62 |
|  | CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA | U.63 |
|  | CIRUGIA MENOR AMBULATORIA | U.64 |
|  | HOSPITAL DE DÍA | U.65 |
|  | ATENCION SANITARIA DOMICILIARIA | U.66 |
|  | CUIDADOS PALIATIVOS | U.67 |
|  | URGENCIAS | U.68 |
|  | PSIQUIATRIA | U.69 |
|  | PSICOLOGÍA CLÍNICA | U.70 |
|  | ATENCION SANITARIA A DROGODEPENDIENTES | U.71 |
|  | OBTENCION DE MUESTRAS | U.72 |
|  | ANALISIS CLINICOS | U.73 |
|  | BIOQUIMICA CLINICA | U.74 |
|  | INMUNOLOGIA | U.75 |
|  | MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA | U.76 |
|  | ANATOMIA PATOLOGICA | U.77 |
|  | GENETICA | U.78 |
|  | HEMATOLOGIA CLINICA | U.79 |
|  | LABORATORIO DE HEMATOLOGIA | U.80 |
|  | EXTRACCION DE SANGRE PARA DONACION | U.81 |
|  | SERVICIO DE TRANSFUSION | U.82 |
|  | FARMACIA ( Autorización Externa ) | U.83 |
|  | DEPOSITO DE MEDICAMENTOS (Autorización Externa ) | U.84.1 |
|  | DEPOSITO DE MEDICAMENTOS. TOXINA BOTULINICA  TIPO A. INDIC. ESTETICA (Autorización Externa ) | U.84.2 |
|  | FARMACOLOGIA CLINICA | U.85 |
|  | RADIOTERAPIA | U.86 |
|  | MEDICINA NUCLEAR | U.87 |
|  | RADIODIAGNOSTICO | U.88 |
|  | ASISTENCIA A LESIONADOS Y CONTAMINADOS POR ELEMENTOS RADIOACTIVOS | U.89 |
|  | MEDICINA PREVENTIVA | U.90 |
|  | MEDICINA DE LA EDUCACION FISICA Y EL DEPORTE | U.91 |
|  | MEDICINA HIPERBÁRICA | U.92 |
|  | EXTRACCION DE ORGANOS | U.93 |
|  | TRASPLANTE DE ORGANOS | U.94 |
|  | OBTENCION DE TEJIDOS | U.95 |
|  | IMPLANTACIÓN DE TEJIDOS | U.96 |
|  | BANCO DE TEJIDOS | U.97 |
|  | MEDICINA AERONAUTICA ( CENTROS MÉDICO-AERONÁUTICOS ) | U.98.1 |
|  | MEDICINA AERONAUTICA ( MÉDICO EXAMINADOR AUTORIZADO ) | U.98.2 |
|  | MEDICINA DEL TRABAJO | U.99 |
|  | TRANSPORTE SANITARIO | U.100 |
| *TERAPIAS NO CONVIENCIONALES U.101* | | |
|  | HOMEOPATIA (TERAPIA NO CONVIENCIONAL) | U.101.1 |
|  | ACUPUNTURA (TERAPIA NO CONVIENCIONAL) | U.101.2 |
|  | MEDICINA NATURISTA (TERAPIA NO CONVENCIONAL) | U.101.3 |
| *OTRAS UNIDADES ASISTENCIALES* | | |
|  | PSICOLOGIA (OTRAS UNIDADES ASISTENCIALES) | U.900.1 |
|  | PERITACION MEDICA (OTRAS UNIDADES ASISTENCIALES) | U.900.2 |
|  | DIETETICA Y NUTRICION HUMANA (OTRAS UNIDADES ASISTENC.) | U.900.3 |
|  | ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA. POR PROFESIONALES. SANITARIOS A DOMICILIO: (OTRAS UNIDADES ASISTENCIALES.) | U.900.4 |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **SERVICIOS** **MÉDICOS** | **1** | |  | **SERVICIOS DE ENFERMERIA** | **2** | |  | **SERVICIOS DE TERAPIAS DOMICILIARIAS** | **3** | |  | **SERVICIOS DE REHABIITACION** Y **FISIOTERAPIA** | **4** | |  | **PSICOLOGIA** **SANITARIA** | **5** | |  | **LOGOPEDIA** | **6** | |  | **PODOLOGIA** | **7** | |
|  | OTRAS UNID. ASIST. RADIOFARMACIA | U.900.5 |
|  | OTRAS UNID. ASIST. AUDIOLOGIA | U.900.6 |