

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/La abajo firmante **DECLARA** responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:

El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.

Y SOLICITA la concesión de la autorización administrativa del centro, servicio o establecimiento con las características detalladas en la presente solicitud.

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (en caso de centros de internamiento).

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD EN <<Seleccionar Provincia>> (en los demás casos).

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud 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 automatizado. 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 y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, S/N. Edif. Arena 1. 41071 - SEVILLA