

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS**

|  |          |   |   |
|--|----------|---|---|
|  | <b>A</b> | Instalación de centro   | 1. Centro nuevo que precisa realizar obras  |
|  |          |   | 2. Centro ya autorizado que precisa realizar obras  |
|  | <b>B</b> | Funcionamiento de centro  |   |
|  | <b>C</b> | Modificación de centro<br>Nº Código de Autorización<br>REGCESS <sup>1</sup> | 1. Cambio de titularidad  |
|  |          |   | 2. Cambio en la oferta asistencial  |
|  |          |   | 3. Tras concluir obras previamente autorizadas por Inspección de Centros Sanitarios             |
|  | <b>D</b> | Funcionamiento de Consulta Profesional <sup>2</sup>                         | 1. Consulta   |
|  |          |   | 2. Consulta en Centro Sanitario ya Autorizado<br>Nº Código de Autorización REGCESS <sup>1</sup> |
|  | <b>E</b> | Modificación de consulta por cambio en la oferta asistencial <sup>3</sup>   |   |

|    |    |   |  |
|----|----|---|--|
| SI | NO | Dispone de instalaciones de radiodiagnóstico el centro / consulta |  |
| SI | NO | Produce residuos sanitarios el centro / consulta                  |  |
| SI | NO | Realiza procedimientos quirúrgicos en el centro o consulta        | Cirugía menor ambulatoria (cma)<br>Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)<br>Cirugía Hospitalaria |

**DATOS DEL SOLICITANTE/TITULAR**

 Razón Social / Nombre y Apellidos<sup>4</sup>

Domicilio (a efectos de notificaciones)

N.I.F.

 Correo electrónico<sup>5</sup>

 Teléfono<sup>5</sup>

Localidad

Provincia

C.P.

 Representación Jurídica que ostenta<sup>6</sup>
**DATOS DEL CENTRO / SERVICIO SANITARIO / CONSULTA**

 Nombre del centro<sup>7</sup>

Domicilio

Localidad

Provincia

Código Postal

 Teléfono<sup>8</sup>

 Correo electrónico del centro<sup>8</sup>

 Finalidades/ Especialidades Sanitarias<sup>9</sup>

Titularidad (identificación de persona física o jurídica)

N.I.F

**CAMBIO DE TITULARIDAD**

Apellidos y nombre o razón social de anterior titular

Firma del Titular / Solicitante

**CENTRO O CONSULTA QUE SE CIERRA**

Domicilio

Fecha

Información básica sobre protección de datos El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.

La finalidad del tratamiento es evaluar y garantizar que los centros y servicios sanitarios, así como los profesionales sanitarios que ejercen en ellos, cumplen los requisitos legales establecidos.

La legitimación para realizar el tratamiento de sus datos nos la da el cumplimiento de una obligación legal. No se van a comunicar sus datos personales a terceros destinatarios salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos o de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas a través de la Sede Electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles. Podrá consultar información adicional y detallada sobre esta actividad de tratamiento en [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_l opd\\_pub/details.action?fileId=592](https://aplicaciones.aragon.es/notif_l opd_pub/details.action?fileId=592)

**DIRECTOR/A DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD DE**

## INSTRUCCIONES / NOTAS

1- REGCESS, es el Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, corresponde al N° de Código de autorización del centro o servicio sanitario que figura en la resolución de autorización administrativa de funcionamiento del Centro o Servicio Sanitario.

Puede consultarse en la siguiente dirección web: <http://regcess.mscbs.es>

2- Consulta Profesional (médico o cualquier otro profesional sanitario que pueda ejercer actividad sanitaria de modo independiente, según la normativa que regula las profesiones sanitarias), se considera cuando tanto la actividad sanitaria como la titularidad es unipersonal.

3- Modificación de consulta por cambio en la oferta asistencial, se refiere a cuando un mismo profesional con titulación suficiente, puede y va a ejercer diferentes ofertas asistenciales.

4- Razón Social. Cuando el titular es:

- una persona jurídica, se indicará el nombre de esta
- una persona física, se indicará Nombre y Apellidos

5- Correos electrónicos y teléfonos de contacto para la tramitación del expediente de solicitud de autorización de centros y servicios sanitarios.

6- Representación Jurídica que ostenta: socio, administrador, apoderado. Cualquiera de éstas u otras figuras jurídicas se acreditarán documentalmente con el título jurídico que corresponda.

7- Nombre del centro: denominación comercial del mismo, que puede o no coincidir con la titularidad del mismo. En el caso de consultas dentro de centros sanitarios autorizados, el nombre del centro es el de la propia consulta y no el del centro en el que se ubica esta.

8- Correo electrónico y teléfono del centro, serán los datos que se harán públicos en REGCESS.

9- Finalidades / Especialidades Sanitarias:

- En los casos de centros o consultas nuevas con solicitud A, B y D: se hará referencia a la oferta con la que inicia el centro.
- En los casos de centros o consultas ya autorizadas con solicitud C-2 y E de modificación de oferta: se hará referencia a la oferta objeto de modificación, ya sea ampliación o reducción de la oferta que tenía autorizada el centro o consulta.