

**SOLICITUD DE REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA  
FABRICAR PRÓTESIS DENTALES.**

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE** (*Titular de la empresa*)

---

Nombre/razón social:

---

Apellidos:

---

NIF/DNI:

---

**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

---

Dirección:

---

Código Postal:

Población:

Provincia:

---

Teléfono:

Correo electrónico:

---

**DATOS DEL REPRESENTANTE** (Si procede, adjuntando la documentación acreditativa)

---

Nombre:

---

Apellidos:

---

NIF/DNI:

---

**DATOS DEL LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL PARA EL QUE SOLICITA LA  
REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

---

Denominación o Nombre comercial:

Dirección (indicar tipo de vía, nombre, nº, etc.):

Código Postal:

Municipio:

Provincia:

---

Teléfono:

correo electrónico:

---

Director técnico:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Titulación:

---

**Nº de Registro:**

---



**RELACIÓN DE PRODUCTOS QUE SE FABRICAN A MEDIDA (marque lo que proceda):**

---

	<u>Elaboración por terceros</u>	
<input type="checkbox"/> Prótesis removible de resina.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Prótesis parcial removible metálica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Ortodoncia y férulas oclusares.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Prótesis fija.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Estructuras para prótesis.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Otras, indicar cuales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA**

---

- Relación actualizada de todos los procedimientos escritos que describan actividades
- Copia de los contratos con las empresas subcontratadas cuando se contrate alguna fase de la fabricación, en caso de haber habido cambios con las empresas subcontratadas.
- Documentación acreditativa del pago de la tasa 13 correspondiente (tarifa 44.2 b)

**DERECHO DE OPOSICIÓN (Artículo 28.2 de la Ley 39/2015)**

“La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón realizará las consultas y verificaciones necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados.

En particular consultará:

el DNI a la dirección General de la Policía / la titulación al Ministerio de Educación para el director técnico

Los titulares de los datos, podrán ejercer su derecho de oposición a su tratamiento, conforme al modelo específico para el ejercicio de este derecho disponible en la Sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.aragon.es/tramitador/-/tramite/proteccion-datos-ejercicio-derecho-oposicion>

En caso de ejercicio de su derecho de oposición motivada, deberá aportar los documentos correspondientes.”

Lugar, fecha y firma:

Fdo:



## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La finalidad de este tratamiento es evaluar y garantizar que los establecimientos sanitarios, los fabricantes a medida, distribuidores y establecimientos de venta de productos sanitarios así como las entidades elaboradoras de fórmulas magistrales y preparados oficinales cumplan con los requisitos legales establecidos para la protección de la salud.

La legitimación para realizar el tratamiento de datos nos la da el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

No vamos a comunicar sus datos personales a terceros destinatarios salvo obligación legal.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los 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.

Podrás consultar la información adicional y detallada sobre esta actividad de tratamiento en [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub/details.action?fileId=843](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?fileId=843)

**SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD** (por razón de ubicación)

HUESCA

TERUEL

ZARAGOZA