

1. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (*Titular de la instalación*)

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nombre / Razón Social | | | |
| Apellido 1º | | | |
| Apellido 2º | | | |
| Número de Documento de Identidad (NIF o NIE) | | | |

2. DOMICILIO DEL SOLICITANTE A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

| | | | | |
|--|-----------|-----------|--|--|
| Dirección | | | | |
| Código Postal | Población | Provincia | | |
| Teléfono | Fax | Móvil | | |
| Correo electrónico (<i>recepción de avisos de notificaciones electrónicas</i>) | | | | |

Como sujeto no obligado a relacionarse electrónicamente, deseo que las notificaciones referidas a este procedimiento sean practicadas en papel.

3. DATOS DEL REPRESENTANTE (*si procede, adjuntando la documentación acreditativa*)

| | | | |
|--|--------------|--|--|
| Nombre | | | |
| Apellido 1º | | | |
| Apellido 2º | | | |
| Número de Documento de Identidad (NIF o NIE) | | | |
| Fecha concesión de poder | Ante notario | | |

De acuerdo con el Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico, presenta la documentación y aporta los datos específicos de la instalación, al objeto de la inscripción en el registro de instalaciones de rayos X con fines de diagnóstico médico:

4. DECLARAR (*Solo se debe marcar una X por declaración*)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva instalación |
| <input type="checkbox"/> Modificación de una instalación ya registrada como IRX - (<i>señalar el tipo de modificación que proceda</i>) |
| <input type="checkbox"/> Alta de equipos <input type="checkbox"/> Baja de equipos <input type="checkbox"/> Cambio de ubicación de la instalación (cambio de domicilio) <input type="checkbox"/> Modificación en la disposición general de la instalación (salas) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de titularidad de una instalación ya registrada como IRX - |
| <input type="checkbox"/> Cese de la actividad de una instalación ya registrada como IRX - |

5. DATOS DE LA INSTALACIÓN

| | | | |
|---------------------------------|---|--|--|
| Nombre instalación | | | |
| Dirección (<i>calle y nº</i>) | | | |
| Municipio | | | |
| Código Postal | Provincia | | |
| Actividad de la instalación | <input type="checkbox"/> Radiología general <input type="checkbox"/> Radiología veterinaria <input type="checkbox"/> Radiología dental panorámica <input type="checkbox"/> Equipos móviles | <input type="checkbox"/> Radiología dental intraoral <input type="checkbox"/> Radiología podológica <input type="checkbox"/> Radiología densitometría ósea <input type="checkbox"/> Otros. Indicar: | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Radiología intervencionista <input type="checkbox"/> Radiología quirúrgica <input type="checkbox"/> Mamografía |

6. DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA *(Marcar con una X la que proceda)*

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Descripción de proyecto y planos de la instalación (Anexo I.b). |
| <input type="checkbox"/> | Certificado de conformidad de los equipos para su registro (EVAT) (Anexo II). |
| <input type="checkbox"/> | Certificado de conformidad de la instalación para su registro (SPR/UTPR) (Anexo III). |
| <input type="checkbox"/> | Documentación acreditativa del cambio de titularidad de la instalación. |
| <input type="checkbox"/> | Justificante de pago de tasa de inscripción de instalación en el registro de rayos X de diagnóstico médico. Tasa 14.5. Tarifa 52. Regla especial 1ª (Autoliquidación). |
| <input type="checkbox"/> | Justificante de pago de tasa de modificación de inscripción de instalación de rayos X de diagnóstico médico. Tasa 14.5. Tarifa 52. Regla especial 2ª (Autoliquidación). |
| <input type="checkbox"/> | Documentación que acredite el poder de representación del solicitante. (Solo cuando el solicitante actúe por medio de un representante, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas) |
| <input type="checkbox"/> | Otra documentación complementaria que posibilite un mejor análisis de la solicitud y/o cualquier otra documentación que resulte obligatoria su presentación de acuerdo a la reglamentación vigente. |

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o de su representante legal

Nombre

Información básica sobre protección de datos

La unidad responsable de los datos recogidos es la Dirección General de Energía y Minas. La finalidad es el procedimiento de declaración de instalaciones de rayos X de diagnóstico médico para su inscripción en el registro. La licitud del tratamiento de los datos es el cumplimiento de una obligación legal, así como el ejercicio de los poderes públicos. Los datos recogidos no se comunicarán a terceros salvo obligación legal. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, ante la unidad responsable, situada en Edificio Pignatelli, Paseo María Agustín 36, 50004 Zaragoza obteniendo información en la dirección de correo electrónico gestionenergetica@aragon.es. Podrá consultar información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón http://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/, identificando la actividad "Registro instalaciones rayos X, diagnóstico médico, EVAT, radiactivas".