

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE INDUSTRIAS,
ESTABLECIMIENTOS Y ACTIVIDADES ALIMENTARIAS.**

EXPEDIENTE: _____
(Reservado Administración)

DATOS DEL SOLICITANTE/ REPRESENTANTE	Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
	Título de representación:		N.I.F./N.I.E./Pasaporte:

DATOS DEL TITULAR	(1)Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:	N.I.F./N.I.E./Pasaporte:
	(2)Denominación de la entidad			NIF:
	(3)Nombre Comunero 1	Primer apellido:	Segundo apellido:	N.I.F./N.I.E./Pasaporte:
	(3)Nombre Comunero 2	Segundo apellido:	Segundo apellido:	N.I.F./N.I.E./Pasaporte:
	Dirección:			
	Provincia:	Localidad:		Código Postal:
	Correo electrónico:			Teléfono/s:

- (1) En el caso de personas físicas
 (2) En el caso de personas jurídicas y comunidades de bienes
 (3) En el caso de comunidades de bienes

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES:	☐ del titular	☐ de la industria, establecimiento y/o actividad
--	--------------------------------------	---



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad

INDUSTRIA, ESTABLECIMIENTO Y/O ACTIVIDAD ALIMENTARIA	Nº RGSA/ASF:		Nombre comercial:		
	Vía:		Número:	Planta:	Puerta:
	Provincia:	Localidad:		Código Postal:	
	Correo electrónico:		Teléfono/s:		
	Actividad/es alimentaria/s:				

ALMACENES Art. 5.1 RD 191/2011)	Dirección	C.P.	PROVINCIA	LOCALIDAD
	Dirección	C.P.	PROVINCIA	LOCALIDAD
	Dirección	C.P.	PROVINCIA	LOCALIDAD

SUCURSALES	Nº Registro del Establecimiento/Industria de la cual es sucursal:
------------	---

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (SEÑALAR CON X)	N.I.F./N.I.E./Pasaporte
	Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
	Copia de las escrituras de constitución de la entidad.
	Memoria.
	Variaciones o cambios respecto a la memoria original (para las modificaciones).
	Planos.
	Justificante del pago de la tasa.
	Otra:

Los documentos deben ser originales o copias debidamente compulsadas, excepto cuando el procedimiento pueda iniciarse telemáticamente, cuando la Administración pueda comprobarlos por técnicas telemáticas o cuando la documentación justificativa obre en poder de la Consejería de Sanidad desde hace menos de cinco años, en cuyo caso el interesado deberá hacer constar el archivo, base de datos o fondo documental donde aparece.

Documentación justificativa que obra en poder de la Consejería de Sanidad desde hace menos de cinco años:

Documento	Número de identificación del expediente, archivo o dirección electrónica que lo contiene.

Autorización a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en los documentos: N.I.F./N.I.E./Pasaporte

SI ☐

NO ☐

Póngase una X en el cuadro elegido. En el caso de haber marcado la opción NO, se deberán aportar los correspondientes documentos.

OBJETO DE LA SOLICITUD (SEÑALAR CON X)	☐	Autorización Sanitaria de Funcionamiento.
	☐	Cambio de titular.
	☐	Ampliación de actividad.
	☐	Cese de actividad
	☐	Cambio domicilio social.
	☐	Cambio de domicilio industrial.
	☐	Baja.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la CONSEJERÍA DE SANIDAD – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE _____