

## COMUNICACIÓN PREVIA Y DECLARACIÓN RESPONSABLE DE MODIFICACIÓN DE LOS DATOS REGISTRALES DE INDUSTRIAS, ESTABLECIMIENTOS Y ACTIVIDADES ALIMENTARIAS.

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
(Reservado Administración)

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

<b>DATOS DEL TITULAR</b>	(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

<b>DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES:</b>	<input type="checkbox"/> del titular	<input type="checkbox"/> de la industria, establecimiento y/o actividad
--	--------------------------------------	---

<b>INDUSTRIA, ESTABLECIMIENTO Y/O ACTIVIDAD ALIMENTARIA</b>	Nº de Registro del Establecimiento/Actividad		Nombre comercial	
	Vía:		Número:	Planta: Puerta:
	Provincia:	Localidad:		Código Postal:
	Correo electrónico:		Teléfono/s:	



# Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad

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:
------------	---

OBJETO DE LA SOLICITUD (SEÑALAR CON X)	<input type="checkbox"/>	Cambio de titular.
	<input type="checkbox"/>	Ampliación de actividad.
	<input type="checkbox"/>	Cese de actividad
	<input type="checkbox"/>	Cambio domicilio social.
	<input type="checkbox"/>	Cambio de domicilio industrial

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA	<input type="checkbox"/>	N.I.F. / N. I. E./Pasaporte
	<b>En caso de no presentar fotocopia compulsada:</b>  Sí <input type="checkbox"/> autorizo a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la comprobación de los datos e identidad personal o jurídica.	

DECLARACIÓN RESPONSABLE	<p>En cumplimiento del artículo 71 bis de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, del Real Decreto 191/2011, de 18 de febrero, sobre Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos y de la normativa comunitaria aplicable,</p> <p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</p> <p>1. Que sí <input type="checkbox"/> cumplo los requisitos establecidos en la normativa vigente para el ejercicio de la actividad, y que dispongo de los documentos que así lo acreditan, comprometiéndome a mantener su cumplimiento durante el período inherente a dicho reconocimiento o ejercicio.</p> <p>2. Que sí <input type="checkbox"/> cumplo las normas y requisitos específicos que regulan el procedimiento a que se refiere la presente comunicación declaración, recogidos en los Reglamentos / Leyes / Reales Decretos / Ordenes / Resoluciones que se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reglamento (CE) 852/2004</b>, del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios.</li><li>• <b>Ley 10/2010</b>, de 27 de septiembre, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León.</li><li>• <b>Real Decreto 191/2011</b>, de 18 de febrero, sobre Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos.</li><li>• Al resto de normativa higiénico-sanitaria vigente que sea de aplicación dependiendo de la actividad alimentaria realizada.</li></ul>
-------------------------	--

**INFORMACIÓN LEGAL**

- 1.-La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a esta Declaración o la no presentación de la misma ante la Administración competente determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71 bis de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.
- 2.-Cualquier modificación que se produzca respecto de la situación anterior, deberá comunicarse a la Dirección General de Salud Pública. Sin perjuicio de las facultades de comprobación, control e inspección que tiene atribuida la Administración Pública.
- 3.-Los datos de carácter personal de esta Declaración serán incluidos en un fichero titularidad de la Dirección General de Salud Pública, responsable del Fichero, con la finalidad de gestionar este procedimiento y podrán ser cedidos con esta finalidad a otros Órganos de las Administraciones Públicas. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el declarante mediante escrito dirigido al citado responsable del fichero, a la dirección postal Paseo de Zorrilla nº 1 de Valladolid, de acuerdo con el Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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 \_\_\_\_\_**