



**SOLICITUD DE DECLARACION DE INTERÉS SANITARIO PARA ACTOS DE
CARÁCTER CIENTÍFICO Y/O TÉCNICO**

EXPEDIENTE: _____
(Reservado Administración)

Solicitante

Nombre:	Primer apellido:
Segundo apellido:	D.N.I.:

En representación de

Nombre/Razón social:	D.N.I./C.I.F.:
Primer apellido:	Segundo apellido:

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Número:	Planta:	Puerta:
C. P.:	Localidad:	Provincia:	
Correo electrónico:	Teléfono móvil:		

Acto científico y/o técnico a desarrollar

Título:
Lugar de realización:
Fechas de realización:
Destinatarios:

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA: (señalar con X).

Datos referentes al solicitante.

- Estatutos o escritura de constitución, según proceda, para las entidades de carácter privado.
- Documento acreditativo de la representación, en caso de actuar mediante representante.
- Certificado expedido por el secretario de la entidad indicando el número de socios.

Datos referentes a la actividad.

- Programa científico-técnico detallado, con expresión del currículum de los ponentes y/o docentes.
- Finalidad y objetivos perseguidos por la actividad.
- Comité científico o dirección técnica.



- Presupuesto económico detallado con expresión de la cuota de inscripción establecida.
- Fuentes de financiación y patrocinadores de la actividad.
- Destinatarios, número previsto de asistentes.

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 D. N. I. / C. I. F.

SI NO

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

SOLICITO:

LA DECLARACION DE INTERÉS SANITARIO PARA EL ACTO DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y/O TÉCNICO INDICADO.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5º 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.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Consejería de Sanidad. Paseo de Zorrilla, nº 1; 47007 VALLADOLID.