



PROCEDEMENTO AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMENTO/RENOVACIÓN/MODIFICACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS E ESTABLECEMENTOS SANITARIOS	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO SA101K	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

DATOS DA ENTIDADE TITULAR SOLICITANTE

NOME E APELIDOS/RAZÓN SOCIAL NIF

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

EN CALIDADE DE

ENDEREZO PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO FAX CORREO ELECTRÓNICO

TIPO DE AUTORIZACIÓN

Funcionamento Modificación por cambio de estrutura

Renovación Modificación por cambio de oferta asistencial

Modificación por traslado Modificación por cambio de titularidade

DATOS DO CENTRO/SERVIZO/ESTABLECEMENTO

NOME COMERCIAL NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO *

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO PÁXINA WEB

(*) Soamente para a renovación ou modificación.

DATOS DA PERSOA RESPONSABLE SANITARIA OU DIRECTOR TÉCNICO DO CENTRO/SERVIZO/ESTABLECEMENTO

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

TITULACIÓN SANITARIA



TIPOLOXÍA DO CENTRO/SERVIZO/ESTABLECEMENTO

- C.1.1 Hospitais xerais.
- C.1.2 Hospitais especializados.
- C.1.3 Hospitais de media e longa estancia.
- C.1.4 Hospitais de saúde mental e tratamento de toxicomanías.
- C.1.90 Outros centros con internamento.
- C.2.1 Consultas médicas.
- C.2.2 Consultas de outros profesionais sanitarios.
- C.2.3 Centros de atención primaria.
- C.2.3.1 Centros de saúde.
- C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.
- C.2.4 Centros polivalentes.
- C.2.5 Centros especializados.
- C.2.5.1 Clínicas dentais.
- E. 3 Establecemento de ópticas.
- E. 4 Establecemento de ortopedia.
- E.6 Outros establecementos sanitarios (especificar)
- C.2.5.2 Centros de reprodución humana asistida.
- C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria do embarazo.
- C.2.5.4 Centros de cirurxía maior ambulatoria.
- C.2.5.5 Centros de diálise.
- C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
- C.2.5.7 Centros móbiles de asistencia sanitaria.
- C.2.5.8 Centros de transfusión.
- C.2.5.9 Bancos de tecidos.
- C.2.5.10 Centros de recoñecemento.
- C.2.5.11 Centros de saúde mental.
- C.2.5.90 Outros centros especializados.
- C.2.90 Outros provedores de asistencia sanitaria sen internamento.
- C.3 Servizos sanitarios integrados nunha organización non sanitaria.
- E. 5 Establecemento de audiopróteses.

Outros (indicar):

ACTIVIDADE TEMPORAL

DATA INICIO

DATA FIN

TIPO DE UNIDADES ASISTENCIAIS NO CENTRO SANITARIO

- U.1 Medicina xeral/de familia.
- U.2 Enfermaría.
- U.3 Enfermaría obstétrico-xinecolóxica.
- U.4 Podoloxía.
- U.5 Vacinación.
- U.6 Alergoloxía.
- U.7 Cardioloxía.
- U.8 Dermatoloxía.
- U.9 Aparato dixestivo.
- U.10 Endocrinoloxía.
- U.11 Nutrición e Dietética.
- U.12 Xeriatría.
- U.13 Medicina interna.
- U.14 Nefroloxía.
- U.15 Diálise.
- U.16 Pneumoloxía.
- U.17 Neuroloxía.
- U.18 Neurofisioloxía.
- U.19 Oncoloxía.
- U.20 Pediatría.
- U.21 Cirurxía pediátrica.
- U.22 Coidados intermedios.
- U.23 Coidados intensivos neonatais.
- U.24 Reumatoloxía.
- U.25 Obstetricia.
- U.26 Xinecoloxía.
- U.27 Inseminación artificial.
- U.28 Fecundación in vitro.
- U.29 Banco de seme.
- U.30 Laboratorio de seme para captación espermática.
- U.31 Banco de embrións.
- U.52 Otorrinolaringoloxía.
- U.53 Uroloxía.
- U.54 Litotricia renal.
- U.55 Cirurxía ortopédica e Traumatoloxía.
- U.56 Lesionados medulares.
- U.57 Rehabilitación.
- U.58 Hidroloxía.
- U.59 Fisioterapia.
- U.60 Terapia ocupacional.
- U.61 Logopedia.
- U.62 Foniatria.
- U.63 Cirurxía maior ambulatoria.
- U.64 Cirurxía menor ambulatoria.
- U.65 Hospital de día.
- U.66 Atención sanitaria domiciliaria.
- U.67. Coidados paliativos.
- U.68 Urgencias.
- U.69 Psiquiatría.
- U.70 Psicoloxía clínica.
- U.71 Atención sanitaria a drogodependentes.
- U.72 Obtención de mostras.
- U.73 Análises clínicas.
- U.74 Bioquímica clínica.
- U.75 Inmunoloxía.
- U.76 Microbioloxía e Parasitoloxía.
- U.77 Anatomía patolóxica.
- U.78 Xenética.
- U.79 Hematoloxía clínica.
- U.80 Laboratorio de hematoloxía.
- U.81 Extracción de sangue para doazón.
- U.82 Servizo de transfusión.



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> U.32 Recuperación de oocitos. | <input type="checkbox"/> U.83 Farmacia. |
| <input type="checkbox"/> U.33 Planificación familiar. | <input type="checkbox"/> U.84 Depósito de medicamentos. |
| <input type="checkbox"/> U.34 Interrupción voluntaria do embarazo. | <input type="checkbox"/> U.85 Farmacoloxía clínica. |
| <input type="checkbox"/> U.35 Anestesia e Reanimación. | <input type="checkbox"/> U.86 Radioterapia. |
| <input type="checkbox"/> U.36 Tratamento da dor. | <input type="checkbox"/> U.87 Medicina nuclear. |
| <input type="checkbox"/> U.37 Medicina intensiva. | <input type="checkbox"/> U.88 Radiodiagnóstico. |
| <input type="checkbox"/> U.38 Queimados. | <input type="checkbox"/> U.89 Asistencia a lesionados e contaminados por elementos radiativos e radiaciones ionizantes. |
| <input type="checkbox"/> U.39 Anxioloxía e cirurxía. | <input type="checkbox"/> U.90 Medicina preventiva. |
| <input type="checkbox"/> U.40 Cirurxía cardíaca. | <input type="checkbox"/> U.91 Medicina educ. física e deporte. |
| <input type="checkbox"/> U.41 Hemodinámica. | <input type="checkbox"/> U.92 Medicina hiperbárica. |
| <input type="checkbox"/> U.42 Cirurxía torácica. | <input type="checkbox"/> U.93 Extracción de órganos. |
| <input type="checkbox"/> U.43 Cirurxía xeral e dixestivo. | <input type="checkbox"/> U.94 Transplante de órganos. |
| <input type="checkbox"/> U.44 Odontoloxía/Estomatoloxía. | <input type="checkbox"/> U.95 Obtención de tecidos. |
| <input type="checkbox"/> U.45 Cirurxía maxilofacial. | <input type="checkbox"/> U.96 Implantación de tecidos. |
| <input type="checkbox"/> U.46 Cirurxía plástica reparadora. | <input type="checkbox"/> U.97 Banco de tecidos. |
| <input type="checkbox"/> U.47 Cirurxía estética. | <input type="checkbox"/> U.98 Medicina aeronáutica. |
| <input type="checkbox"/> U.48 Medicina estética. | <input type="checkbox"/> U.99 Medicina do traballo. |
| <input type="checkbox"/> U.49 Neurocirurxía. | <input type="checkbox"/> U.100 Transporte sanitario. |
| <input type="checkbox"/> U.50 Oftalmoloxía. | <input type="checkbox"/> U.101 Terapias non convencionais. |
| <input type="checkbox"/> U.51 Cirurxía refractiva. | <input type="checkbox"/> U.900 Outras unidades asistenciais. |
| <input type="checkbox"/> Outros (indicar): <input type="text"/> | |

TIPO DE SERVICIO EN ESTABLECEMENTOS SANITARIOS

ORTOPEDIAS

- Venda Fabricación a medida Adaptación individual

AUDIOPRÓTESIS

- Nenos Adultos

ÓPTICAS

- Optometría Contactoloxía Taller

DATOS DOS PROFESIONAIS SANITARIOS VINCULADOS A CADA UNIDADE ASISTENCIAL OU SERVIZO

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

UNIDADE TITULACIÓN SANITARIA

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

UNIDADE TITULACIÓN SANITARIA

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

UNIDADE TITULACIÓN SANITARIA

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

UNIDADE TITULACIÓN SANITARIA

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

UNIDADE TITULACIÓN SANITARIA



DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA OU DECLARA QUE ESTÁ EN PODER DA CONSELLERÍA

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTÉ.	ANO
<input type="checkbox"/> Copia do NIF para o caso de que o titular sexa unha persoa xurídica ou do DNI para o caso de que o titular sexa persoa física e non autorice a consulta no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Acreditación do representante legal cando sexa o caso.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Planos de distribución dos espazos segundo a finalidade e localización do equipamento sanitario.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Memoria en que se especifique: actividades ou servizos que se van prestar, días de apertura, horario, equipamentos e infraestruturas necesarias para realizar a oferta asistencial, así como regulamentación de funcionamento.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Designación e aceptación do responsable do centro/servizo ou responsable técnico do establecemento, o cal deberá acreditar a capacidade mediante a correspondente titulación oficial ou cualificación profesional para o desenvolvemento desta función.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación que acredite a vinculación entre o persoal sanitario e o centro/servizo/ establecemento sanitario.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Copia da titulación académica ou habilitación profesional do persoal que o faculte para levar a cabo as actividades sanitarias para as que se solicita autorización.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa dos concertos ou vinculación con outras unidades ou servizos, en caso de resultar necesario para a atención dos pacientes (con laboratorio de análises para os puntos de extracción, con oficina de farmacia ou servizo de farmacia para os depósitos de medicamentos, con outros centros ou servizos autorizados).	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Memoria explicativa do manexo e custodia das historias clínicas.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Memoria de esterilización.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Xustificante de aboar a taxa correspondente.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Outros documentos exixidos pola lexislación sanitaria e/ou específica.	<input type="checkbox"/>			

Autorizo a Consellería de Sanidade, de conformidade co artigo 20.3º da Lei 9/2007, de subvencións de Galicia, e o artigo 4 da Orde do 12 de xaneiro de 2012, pola que se regula a habilitación de procedementos administrativos e servizos na Administración xeral e no sector público autonómico de Galicia, á consulta da documentación indicada anteriormente.

Así mesmo, declaro que a devandita documentación se mantén vixente na actualidade e que non transcorreron máis de cinco anos desde a finalización do procedemento a que corresponden.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

Para os efectos previstos na Lei 17/2009, do 23 de novembro, sobre o libre acceso ás actividades de servizos e o seu exercicio, que:

1. Esta entidade titular dispón e se compromete a facilitar á Administración a seguinte documentación, que así o acredita e a manter dito cumprimento:

- 1.a. Se o titular é persoa xurídica:
 - Escritura de constitución da sociedade.
 - Certificación de inscrición no Rexistro Mercantil.
- 1.b. Documento acreditativo da propiedade ou dispoñibilidade xurídica do centro/servizo/establecemento sanitario: copia do contrato de arrendamento ou escritura de compravenda do local.
- 1.c. Documentación que acredite o aseguramento da responsabilidade civil do centro/servizo/establecemento e dos profesionais.
- 1.d. Contrato de xestión de residuos cun xestor autorizado pola consellería competente en materia de ambiente e presentar o Plan de Xestión de Residuos na Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.
- 1.e. No caso de dispoñer de sistemas de diagnóstico por imaxe ou instalacións de radiodiagnóstico, disporán:
 - Inscrición no Rexistro de Equipamentos e Instalacións de RX con fins de diagnóstico médico da Consellería de Industria.
 - Certificado dos controis das instalacións efectuados pola Unidade Técnica de Protección Radiolóxica.
 - Documento acreditativo do título de operador/director de instalacións radiolóxicas.
 - Documento de presentación do Programa de garantía de calidade.
 - Caso de dispoñer de instalacións de radioterapia: autorización de posta en funcionamento concedida polo Consello de Seguridade Nuclear.
- 1.f. Cando se trate dun establecemento de ortopedia ou óptica que dispense produtos que fabrica á medida, disporá da licenza sanitaria de funcionamento outorgada pola correspondente xefatura provincial da Consellería de Sanidade.
- 1.g. Inscrición do Ficheiro de datos na Axencia de Protección de Datos.

2. Esta entidade titular se compromete a comunicar calquera variación das condicións declaradas, así como calquera incidencia que puidese afectar á calidade das funcións que se van a desenvolver. Así como manter actualizado no expediente administrativo o cadro de persoal sanitario do centro/servizo/establecemento sanitario.

3. Esta entidade titular declara o cumprimento dos requisitos técnico-sanitarios previstos no anexo II do Decreto 12/2009 que lle resulten de aplicación, así como a lexislación específica se é o caso.

Para os efectos previstos no artigo 7.2º da citada Lei 17/2009, todos os datos declarados son certos.

OBSERVACIÓNS



Autorizo a Consellería de Sanidade, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e coa Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos datos de identidade do solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais recollidos nesta solicitude se incorporarán a un ficheiro para o seu tratamento, coa finalidade da xestión deste procedemento. Vostede pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na lei mediante un escrito dirixido a este centro directivo como responsable do ficheiro.

LEXISLACIÓN APLICABLE

- Real decreto 1277/2003, do 10 de outubro, polo que se establecen as bases xerais sobre autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.
- Decreto 12/2009, do 8 de xaneiro, polo que se regula a autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.
- Decreto 42/2014, do 27 de marzo, polo que se modifica o Decreto 12/2009, do 8 de xaneiro, polo que se regula a autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de