XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ANEXO I

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
DECLARACIÓN DE INTERÉS PARA ENTIDADES COLABORADORAS DEL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS	**SA463C**	**SOLICITUD**

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL | NIF

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

PARROQUIA | LUGAR

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Notifíquese a: ◯ Entidad solicitante ◯ Persona o entidad representante

Todas las notificaciones a las personas interesadas se realizarán sólo por medios electrónicos a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, https://notifica.xunta.gal.
Sólo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico asociado al NIF de la persona indicada.
Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación al correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación:

TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- ☐ Programas o servicios que presta en el ámbito de las drogodepedencias.
- ☐ Expresión de las ayudas y subvenciones que recibe con cargo a fondos públicos, si es el caso.
- ☐ Identificación de los programas y servicios que, en el ámbitos de las drogodependencias, fueron desarrollados nos últimos dos años.
- ☐ Identificación de los centros o establecimientos donde se desarrollen tales programas o se presten tales servicios.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las administraciones públicas. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en el cuadro correspondiente y aportar una copia de los documentos.	ME OPONGO A LA CONSULTA
DNI/NIE de la entidad solicitante.	☐
DNI/NIE de la persona representante.	☐

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Consellería o entidad a la que se dirige esta solicitud, escrito o comunicación.
Finalidades del tratamiento	La tramitación administrativa que se derive de la gestión de este formulario y la actualización de la información y contenidos de la carpeta del ciudadano.
Legitimación para el tratamiento	El cumplimiento de una tarea de interés público o el ejercicio de poderes públicos según la normativa recogida en el formulario, en la página https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos y en la ficha del procedimiento en la Guía de procedimientos y servicios. Consentimiento de las personas interesadas, cuando corresponda.
Personas destinatarias de los datos	Las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación y resolución de sus procedimientos o para que las personas interesadas puedan acceder de forma integral a la información relativa a una materia.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como ejercer otros derechos a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais
Actualización normativa: en el caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos personales en este procedimiento, prevalecerán en todo caso aquellas relativas al Reglamento general de protección de datos.	

LEGISLACIÓN APLICABLE

Decreto 58/2005, del 24 de febrero, por el que se modifica el Decreto 74/2002, del 28 de febrero, por el que se crea el Registro de Entidades Colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas, y se regula el procedimiento para su declaración de interés (DOG núm. 64, del 5 de abril de 2005)

Orden de 28 de julio de 2016 por la que se adaptan e incorporan a la sede electrónica de la Xunta de Galicia los procedimientos administrativos de plazo abierto de la Consellería de Sanidad.

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Lugar y fecha

_____ , _____ de _____ de _____