



PROCEDEMENTO CERTIFICADO TÉCNICO-SANITARIO DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO SA648A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA 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

ENDEREZO PARA OS 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

DATOS DO VEHÍCULO

MARCA MODELO

MATRÍCULA ANO DE MATRICULACIÓN

1º CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN

TIPO DE TRANSPORTE: PÚBLICO PRIVADO OFICIAL

TIPO DE VEHÍCULO PERMISO DE CIRCULACIÓN

AMBULANCIAS NON ASISTENCIAIS: CLASE A1 CLASE A2

AMBULANCIAS ASISTENCIAIS: CLASE B CLASE C

OBSERVACIÓNS



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU SE DECLARA ESTAR EN PODER DA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	ANO
<input type="checkbox"/> Copia do DNI ou NIE, só no caso de non autorizar a súa consulta no Sistema de verificación de datos de identidade.				
<input type="checkbox"/> Escritura de constitución, no caso de persoas xurídicas.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Documento acreditativo da representación que ostente, no caso de persoas xurídicas.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Xustificación do pagamento da taxa.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Permiso de circulación do vehículo ao que se pretenda referir a certificación, no que conste como destino do vehículo a actividade de transporte sanitario.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Ficha de inspección técnica do vehículo, na que figure atoparse vixente o recoñecemento periódico legalmente establecido.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Memoria refirida ao vehículo.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> No caso de dispor de humidificadores non desbotables, deberase acreditar o cumprimento das medidas de prevención da lexionelose.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> No caso de dispor de desfibrilador semiautomático externo, achegarase certificación da Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia 061 do cumprimento dos requisitos previstos.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> No caso de ambulancias asistenciais, achegarase a documentación acreditativa da adaptación á normativa vixente en materia de xestión de residuos, da dispoñibilidade de dotación de fármacos para a subministrar unicamente cando dispoñan de persoal sanitario capacitado, así como o protocolo de esterilización do material sanitario que o precise.	<input type="checkbox"/>			

DOCUMENTACIÓN DE ENTIDADES TITULARES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO PÚBLICO:

	PRESENTADO	CÓD. PROC.	EXPTE.	ANO
<input type="checkbox"/> Licenza de apertura do local, se é o caso.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Alta no imposto de actividades económicas (IAE), só no caso de non autorizar a súa consulta a través do portal de interoperabilidade.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Relación do parque móbil dispoñible.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Xustificación da disposición dos medios que permitan a inmediata localización as 24 horas do día.	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Ter un local aberto ao público con nome ou título rexistrado, en poboacións de máis de 20.000 habitantes.	<input type="checkbox"/>			

Autorizo a Consellería de Sanidade, de conformidade co artigo 35.f) da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, 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, a consultar a documentación indicada anteriormente.

Así mesmo, declaro que a devandita documentación está vixente e que non transcorreron máis de cinco anos desde a finalización do procedemento ao que corresponde.

Autorizo a Consellería de Sanidade a consultar os datos de identidade da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro e a Orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Sanidade a consultar o dato de alta no imposto de actividades económicas (IAE) que obran en poder da Axencia Estatal da Administración Tributaria, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

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 que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia, cuxa finalidade é a xestión e rexistro deste procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Consellería de Sanidade, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a secretariaxeral@sergas.es

LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 52/2015, do 5 de marzo, polo que se regula o transporte sanitario.

Real Decreto 836/2012, de 25 de maio, polo que se establecen as características técnicas, o equipamento sanitario e a dotación de persoal dos vehículos de transporte sanitario por estrada.

Orde PRE/1435/2013, de 23 de xullo, que desenvolve o Regulamento da Lei de Ordenación dos Transportes Terrestres

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de