



**Comunicación de inicio de actividad de Centro Móvil de Asistencia Sanitaria**

**1.- Datos del Centro Móvil:**

Marca		Modelo		Matricula	
Nº de Bastidor		Fecha prevista inicio actividad en la Comunidad de Madrid			
Oferta asistencial:					

**2.- Datos de Titular del Centro Móvil:**

NIF		Nombre/ Razón Social (*)			
Apellidos (*)				Teléfono	
Teléfono móvil		Correo Electrónico			
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		Localidad	
				Provincia	

(\*) Consigne nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica.

**3.- Datos del Representante del Centro Móvil:**

NIF		Nombre			
Apellidos				Teléfono	
Teléfono móvil		Correo Electrónico			
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		Localidad	
				Provincia	

**4. Datos de la autorización de funcionamiento o declaración responsable de la Comunidad Autónoma de procedencia:**

Comunidad Autónoma		Consejería	
Dirección General/Organismo		Ref. Autorización	
Fecha Resolución		Fecha vencimiento Autorización	
Fecha Presentación Declaración Responsable			

**5. Documentación requerida:**

<b>La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)</b>	No autorizo la consulta y apporto documento
DNI o NIE en vigor del representante	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite la autorización de funcionamiento de la Comunidad Autónoma de procedencia	<input type="checkbox"/>

(\*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas

<b>Documentos que se acompañan a la solicitud</b>	
<b>Documento acreditativo</b> de la representación, en el caso de que la firma electrónica no acredite la misma.	<input type="checkbox"/>

**6.- Medio de notificación:**

La notificación se realizará por medios electrónicos, a través del servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid, para lo cual previamente deberá estar dado de alta
---

**7.- Contenido de la comunicación**

La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a la presente comunicación, o la no presentación de la documentación que le sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.
--

## 8.- Observaciones

[illegible]

## Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir información Institucional de la Comunidad de Madrid

☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero “Información Institucional” cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “Autorización de Centros Sanitarios”, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. Los datos formarán parte, asimismo, del Registro y Catálogo de Centros y Establecimientos Sanitarios, capítulo 4 del Decreto 51/2006.. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene Vd. alguna sugerencia que permita mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene Vd. alguna sugerencia que permita mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad - Dirección General de Inspección y Ordenación Subdirección General de Autorización y Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
---------------------	---



## Instrucciones

En este apartado se contemplan los diferentes campos de la Plantilla propuesta anteriormente a modo de guía para su posterior elaboración.

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
1. DATOS DEL CENTRO MOVIL:				
Marca		Alfanumérico	Sí	
Modelo		Alfanumérico	Sí.	
Matricula		Alfanumérico	Sí.	4 números seguidos de 3 letras
Nº Bastidor		Alfanumérico	Si	
Fecha inicio		Número	Si	Día, mes y año
Oferta Asistencial		Alfanumérico	NO	Letra seguida de dos números
2. DATOS DEL TITULAR DEL CENTRO				
NIF		Alfanumérico	No	[nº][letra]; 8 dígitos (completando con ceros a la izquierda) + 1 dígito letra.
Nombre/ Razón social		Texto Libre	No	
Apellidos		Texto Libre	No	
Teléfono	Número de teléfono fijo	Numérico	No	[0-9]
Teléfono Móvil	Número teléfono movil	Número	No	0-9
Correo electrónico		Alfanumérico	No	
Tipo de vía	Tipo de vía	Lista de valores	No	Lista de tipos de vía
Nombre de vía	Nombre de la vía.	Alfanumérico	No	
Nº	Número de la vía	Numérico	No	
Piso	Planta de la dirección	Alfanumérico	No	
Puerta	Puerta de la dirección	Alfanumérico	No	
Localidad	Localidad del centro	Alfanumérico	No	



CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Provincia	Provincia del centro	Lista de valores	No	Lista de valores de provincias
<b>3. DATOS DEL REPRESENTANTE DEL CENTRO</b>				
DNINIF		Alfanumérico	No	[nº][letra]; 8 dígitos (completando con ceros a la izquierda) + 1 dígito letra.
Nombre/ Razón social		Texto Libre	No	
Apellidos		Texto Libre	No	
Teléfono	Número de teléfono fijo	numérico	No	
Teléfono Móvil	Número teléfono movil	numérico	No	
Correo electrónico		Alfanumérico	Sí	Comprobar que sea un correo electrónico válido
Tipo de vía	Tipo de vía.	Lista de valores	No	Lista de tipos de vía
Nombre de vía	Nombre de la vía.	Alfanumérico	No	
Nº	Número de la vía	Numérico		
Piso	Planta de la dirección	Alfanumérico	No	
Puerta	Puerta de la dirección	Alfanumérico	No	
Localidad	Localidad del centro	Alfanumérico	No	
Provincia	Provincia del centro	Lista de valores	No	Lista de valores de provincias
<b>4. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNIDAD DE PROCEDENCIA</b>				
Comunidad Autónoma	Nombre de la Comunidad	Lista de Valores	Si	Lista de valores de Comunidades
Consejería	Denominación Consejería	Alfanúmerico	No	
Dirección General	Denominación órgano otorgante	Alfanúmerico	No	
Ref. Autorización		Alfanúmerico	No	



CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Fecha resolución	Fecha de la autorización	númeroico	No	Día/mes/año
Fecha Vencimiento Autorización	Fecha de finalización de la autorización	númeroico	No	Día/mes/año
Fecha presentación declaración responsable	Fecha en la que se presentó la declaración responsable	númeroico	No	Día/mes/año
<b>5. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA</b>				
D.N.I./NIF representante		Botón de opción	NO	No autoriza la consulta y aporta documentación
Documento acreditativo autorización en otra Comunidad		Botón de opción	NO	No autoriza la consulta y aporta documentación
Documento acreditativo de la representación		Botón de Verificación	NO	. Si . No
<b>6. MEDIO DE NOTIFICACIÓN</b>				
Tipo de Notificación	• De forma telemática			
<b>8.- OBSERVACIONES</b>				
Observaciones	Observaciones del centro	Texto Libre	No	Al menos 15 líneas cumplimentables
<b>Información Institucional</b>				
No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid	No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid	Casilla de Verificación	No	• Sí • No