

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS, EMPRESAS Y ACTIVIDADES ALIMENTARIAS.

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
(Reservado Administración)

<b>SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b>	Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:	N.I.F.:
	Dirección:			
	Localidad:	Código Postal:	Provincia:	
	Correo electrónico:		Teléfono/s:	
	Cargo del representante:			

<b>TITULAR</b>	Nombre o Denominación:	N.I.F.:
	Primer apellido:	Segundo apellido:
	Dirección:	
	Localidad:	Código Postal: Provincia:
	Correo electrónico:	Teléfono/s:

<b>DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES:</b>	<input type="checkbox"/> del solicitante/representante <input type="checkbox"/> del titular <input type="checkbox"/> de establecimiento, empresa o actividad
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O ACTIVIDAD ALIMENTARIA</b>	Nº RGSEAA:	Nombre comercial:		
	Vía:	Número:	Planta:	Puerta:
	Localidad:	Código Postal:	Provincia:	
	Correo electrónico:	Teléfono/s:		
	Actividad/es alimentaria/s:			

<b>DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (SEÑALAR CON X)</b>	N. I. F. / N. I. E. / Pasaporte
	Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
	Copia de las escrituras de constitución de la Entidad Jurídica o de la Comunidad de Bienes
	Memoria.
	Planos.
	Justificante del pago de la tasa.
	Otra:

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 N. I. F. / N. I. E. / Pasaporte

SI  NO

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

<b>OBJETO DE LA SOLICITUD (SEÑALAR CON X)</b>	<input type="checkbox"/>	Concesión de Autorización Sanitaria de Funcionamiento.
	<input type="checkbox"/>	Cambio de titularidad.
	<input type="checkbox"/>	Cambio domicilio social.
	<input type="checkbox"/>	Cambio de domicilio industrial del establecimiento, empresa o actividad.
	<input type="checkbox"/>	Ampliación de actividad alimentaria.
	<input type="checkbox"/>	Cese de actividad alimentaria.
	<input type="checkbox"/>	Cese definitivo de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Firma.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 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.

**SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE \_\_\_\_\_**