

ANEXO I-DOC D.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CIERRE

1. NATURALEZA DEL CIERRE:

DEFINITIVO ; Fecha prevista: _____; TEMPORAL ; Inicio Previsto: _____; Reapertura prevista: _____

Motivo: _____

Observaciones: _____

2. IDENTIDAD DEL SOLICITANTE Y DEL CENTRO

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____; Persona Física / Jurídica ; Denominación: _____

Representación que ostenta el Solicitante: _____; Fecha de presentación en el R.M. de los Estatutos en vigor: _____; Fecha de presentación en el R.M. del acuerdo por el que se le otorga dicha representación, si no aparece en sus Estatutos _____

Domicilio a efectos de notificación: _____

Municipio: _____

Teléfono móvil: _____; fijo: _____; Fax: _____

Correo e-: _____

Denominación completa del Centro: _____

Dirección completa: _____

Su número del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Canarias: _____

3. COMPROMISO

Haciendo constar oficialmente y a todos los efectos que: _____

A todos los usuarios en proceso de atención o que lo hayan sido en los últimos 6 meses, y de los cuales constan sus datos, se les ha comunicado la previsión de cierre y se les ha informado de la existencia del Registro de Centros, servicios y establecimientos sanitarios de Canarias, a fin de que puedan dirigirse a otro de su elección y de la forma de obtener su historial clínico consistente en:

La custodia de las historias clínicas quedará bajo responsabilidad de: _____

Ha comunicado su proyecto de cierre a las autoridades competentes en materia de: _____

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA PAGINADA. (En tramitación electrónica, el nombre del documento anexo y su formato)

Memoria detallada

En caso de Persona Jurídica, Certificación del acuerdo de cierre: ____, si procede, copia de los Estatutos

Si procede, foto copia del DNI

Otra: _____

*Observaciones: _____

Rúbrica y Pie de firma del/a Solicitante-Titular