ANEXO I-DOC C.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE MODIFICACIÓN DE TITULARIDAD

1. IDENTIDAD DEL TITULAR ACTUAL

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____; Persona Física ☐ / Jurídica ☐. CIF: _____; Denominación:_____

Representación que ostenta el Solicitante: _____;Domicilio a efectos de notificación: _____

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

Correo e-: _____

2. DATOS DEL CENTRO

Número de Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Canarias: _____

URL (web):_____

Denominación completa del Centro: _____

Dirección completa: _____

Municipio: _____

3. IDENTIDAD DEL NUEVO TITULAR QUE SOLICITA MODIFICACIÓN

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____; Persona Física ☐ / Jurídica ☐. NIF/CIF: _____; Denominación:_____

Representación que ostenta el Solicitante: _____;Domicilio a efectos de notificación: _____

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

Correo e-: _____

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

- Si procede, fotocopia del DNI ☐
- Si persona Jurídica: Certificación del Registro Mercantil en la que conste la representación de la sociedad y confirme que la actividad sanitaria específica está incluida en su objeto social ☐
- Otra: _____
- INFORME FAVORABLE DEL COLEGIO PROFESIONAL ☐

5. COMPROMISO

Haciendo constar oficialmente y a todos los efectos que el nuevo titular asume el funcionamiento del centro con su oferta asistencial. Si fuera el caso, el nuevo titular solicitara el cambio en dicha oferta. Asimismo, debe entenderse en este acuerdo que el cambio de titularidad se lleva a cabo sin perjuicio de las responsabilidades (antiguo y nuevo titular) que la legislación vigente establece en materia de contenido y custodia de historia clínicas así como en materia de protección de los derechos de los usuarios sanitarios.

*Observaciones:_____

_____

Rúbrica y Pie de firma del/a Anterior Titular Nuevo/a Solicitante Titular