



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Salud Pública,
Drogo dependencias y Consumo

Nº Procedimiento

Código SIACI

SOLICITUD DE HOJAS DE RECLAMACIONES PARA TITULARES DE ESTABLECIMIENTOS Y CENTROS

DATOS DEL SOLICITANTE

Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido

Persona física NIF NIE Número de documento

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social

Persona jurídica Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre comercial:
Actividad IAE Código IAE

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Persona física: NIF NIE Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud Pública,

Drogodependencias y Consumo

Datos de la solicitud

Solicita _____ (indicar numero) Hojas de Reclamaciones de Establecimientos y Centros, que

Recogerá en Servicios Periféricos o

Remitir las Hojas de Reclamaciones a:

Solicitante

Representante (marcar con una cruz)

Autorizaciones

AUTORIZA a este órgano gestor de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

SI NO: Los acreditativos de identidad.

SI NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).

SI NO: Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:

- Documento....., presentado con fecha.....ante la unidad..... de la Consejería de.....
- Documento....., presentado con fecha.....ante la unidad..... de la Consejería de... ..

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

Firma

En.....a.....de.....de 20...

Organismo destinatario:

Servicio Periférico de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de..... ..

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es D. G. de Salud Publica Drogodependencias y Consumo con la finalidad de *gestión de hojas de reclamaciones de establecimientos y centros*. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es