

RUE (REGISTRO ÚNICO DE EXPEDIENTES) (A rellenar por la Administración)

SELLO DE REGISTRO (Sellar en el interior del recuadro)



6201000001016

JUNTA DE EXTREMADURA
REGISTRO ÚNICO

1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (entidad proveedora u organizadora)

NIF/NIE	Razón social					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Tipo vía	Nombre vía pública	Tipo núm.	Número	Cal.núm.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Bloq.	Portal	Esc.	Planta	Pta.	País	Complemento domicilio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Cód. postal	Localidad (si es distinta al municipio)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

1.1 DATOS DE CONTACTO

Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 SECTOR AL QUE PERTENECE

- Administración pública Entidad privada Persona trabajadora autónoma

2 REPRESENTANTE para medios electrónicos

NIF/NIE	Primer Apellido / Razón Social	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Móvil	Correo electrónico	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día Mes Año

3 DATOS DE NOTIFICACIÓN

- Notificación electrónica por comparecencia en la Sede electrónica. (En caso contrario se da por entendido que el medio de notificación será por correo postal)

* Correo electrónico para avisos

País	Provincia	Municipio							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Localidad (si es distinta del municipio)	Tipo vía	Nombre vía							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Tipo núm.	Número	Cal.núm.	Bloq.	Portal	Esc.	Planta	Puerta	Complemento domicilio	Cód. postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 REPRESENTANTE LEGAL

NIF/NIE	Primer Apellido / Razón social	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cargo	<input type="text"/>		

5 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Título del acto	Fecha inicio	Fecha finalización	Presupuesto global	Precio inscripción
<input type="text"/>	Día Mes Año	Día Mes Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profesionales a quienes va dirigido				
<input type="text"/>				

5.1 Lugar de celebración (Si es presencial localidad de celebración, si es a distancia indicar el ámbito de la actividad) Presencial o mixta

Provincia

Municipio

Localidad (si es distinta del municipio)

 A distancia

Ámbito de la actividad

6 DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA ESTA SOLICITUD

- Documentación acreditativa de la entidad.
- Memoria explicativa del acto.
- Programa detallado a desarrollar.
- Titulación, currículum profesional de los docentes.
- Presupuesto y medios de financiación detallados.
- Actos organizados en los dos últimos años
- Otros

7 DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA SOLICITUD

- Declaro, bajo mi responsabilidad, que reúno los requisitos exigidos como entidad proveedora u organizadora de actividades declaradas de interés sanitario de acuerdo con la normativa en vigor y que no he estado sometido a medidas cautelares, sancionadoras o de otro tipo que pudieran haberme inhabilitado para llevarlo a efecto.

8 COMPROBACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN

Conforme al artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, las Administraciones públicas podrán recabar o verificar los datos que a continuación se relacionan. Si manifiesta su oposición a que la Dirección General de Asistencia Sanitaria efectúe dicha comprobación, deberá indicarlo marcando la casilla correspondiente, y aportando en cada caso el documento solicitado.

- Me opongo a que solicite y recabe de otros organismos públicos los datos de domicilio, residencia. Aporto certificado de empadronamiento.
- Me opongo a que solicite y recabe de otros organismos públicos los datos de identificación fiscal, a fin de que sean consultados en sus archivos, bases de datos u otros fondos documentales o mediante los servicios ofrecidos por la Agencia Tributaria.

Aporto copia Tarjeta de identificación fiscal de la entidad solicitante, así como el código electrónico suministrado en la comunicación de la tarjeta acreditativa del número de identificación fiscal.



CLÁUSULA PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE del Tratamiento	Consejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura
FINALIDAD del Tratamiento	El tratamiento de los datos se realiza con la finalidad de gestionar las entidades proveedoras u organizadoras de actos de carácter científico y técnico celebrados en el ámbito geográfico de Extremadura.
LEGITIMACIÓN del Tratamiento	La Base Jurídica de la finalidad principal del tratamiento necesario es el cumplimiento de una misión que es realizada en interés público o en el ejercicio de Poderes Públicos del Responsable de Tratamiento (art. 6.1 e) RGPD).
DERECHOS de las personas interesadas	Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, como se explica en la información adicional.

Información adicional: <https://ciudadano.gobex.es/documents/10842/423841/1763ClausulaPDN2.pdf/ef462cad-9569-4c8b-9aa8-506605fc9b55>

FIRMA PRESENTACIÓN MANUAL

En _____, a ____ de _____ de _____

CSV

CSV

El Código Seguro de Verificación incluido en el presente justificante permite la comprobación de la integridad del registro y la documentación (sede.gobex.es)

**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

Código identificación DIR3: A11004917