

**ANEXO IV.2**

DOCUMENTACIÓN Art. 14

LA VARIACIÓN DE LA OFERTA ASISTENCIAL

CAMBIOS DE TITULARIDAD, así como las variaciones de personal técnico.

LA AMPLIACIÓN, MODIFICACIÓN O REDUCCIÓN DE EQUIPOS E INSTALACIONES que supongan cambios estructurales o funcionales.

LOS TRASLADOS

CAMBIOS DE DENOMINACIÓN

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN Y MEDIDAS A ADOPTAR PARA QUE LA EJECUCIÓN AFECTE LO MENOS POSIBLE AL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO.

**ANEXO V**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CIERRE DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos.....

D.N.I..... Representación jurídica.....

Lugar que se señala a efectos de notificaciones.....

DATOS DEL CENTRO/SERVICIO/ESTABLECIMIENTO

Nombre del Centro.....

Domicilio..... Código postal.....

Teléfono..... Fax..... E-mail.....

Finalidad.....

Titularidad del centro:

Persona física:

Nombre y Apellidos .....

D.N.I.....

Persona jurídica:

Nombre.....

CIF:.....

Fecha de la Autorización Sanitaria Previa o de Instalación.....

Fecha de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento.....

Número de Registro.....

\*Se deberá aportar el Calendario propuesto para llevar a cabo el cierre del centro, servicio o establecimiento.

Fecha \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_