



**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 .....

D.N.I. ....

Persona jurídica:

Nombre .....

C.I.F. ....

Fecha de 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.

En Melilla a, ..... de ..... de .....

Firmado: