



**ANEXO X**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE A EFECTOS DE DAR CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO POR EL QUE SE DESARROLLA EL REGLAMENTO RELATIVO AL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE AUTORIZACIÓN, RENOVACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

D.N.I./N.I.F. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Como representante/titular del Centro/Establecimiento/Servicio Sanitario denominado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, con Registro Sanitario nº \_\_\_\_\_, ante

la Dirección General de Sanidad Pública y Consumo, comparezco y realizo la siguiente

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Declaro bajo mi responsabilidad en relación con el Art.3 del Decreto por el que se desarrolla el reglamento relativo al procedimiento administrativo de autorización, renovación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y la regulación del fichero automatizado de datos de carácter personal del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (BOME nº 4727, de 6 de julio de 2010):

Que el Centro/Servicio/Establecimiento Sanitario, cumple con los requisitos exigidos en la normativa vigente, dispone de la documentación que así lo acredita y se compromete a mantener su cumplimiento durante el tiempo de vigencia de la mencionada Autorización sanitaria.

Y para que conste y surta los efectos previstos, para la Renovación de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento, ante la Dirección General de Salud Pública y Consumo emito la presente DECLARACIÓN RESPONSABLE en el lugar y fecha indicados

En Melilla a, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_