



ANEXO IX

**MODELO DE CONFORMIDAD, para los titulares de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios que son personas físicas.
(Para entregar con la solicitud de Autorización Sanitaria)**

D./D^a: _____

Con DNI/NIF n°. _____

Como titular del centro/establecimiento sanitario

Situado en (nombre de vía)

Número _____ escalera _____ piso _____ letra _____ con código postal _____
de Melilla

AUTORIZO a que mis datos de carácter personal “Nombre y Apellidos” como Titular del Centro/Servicio/Establecimiento Sanitario, para el cual se solicita la Autorización Sanitaria y correspondiente inscripción en el Registro, se publiquen en la página web del Registro del Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Ciudad Autónoma de Melilla.

En Melilla a, ____ de _____ de _____
Firma

Nota informativa en la recogida de datos

“Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero cuya finalidad es el REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA, y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Salud Pública y Consumo, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Carretera de Alfonso XIII, 52-54, 52005 Melilla, de todo lo cual se informa en cumplimiento de los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016”.