

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN TÉCNICO-SANITARIA DE AMBULANCIAS

Nº5

A. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOLICITANTE Y EMPRESA:

Apellidos y nombre del solicitante	DNI del solicitante	Nombre de la empresa	CIF de la empresa
Domicilio de la empresa (calle, plaza, número, portal, puerta, piso, letra)			Código Postal
Localidad y Municipio	Provincia	Teléfono/s	Fax/e-mail
Como:	TITULAR <input type="checkbox"/>	REPRESENTANTE <input type="checkbox"/>	

B. DATOS DEL VEHÍCULO:

Marca y modelo	Matrícula	Fecha de matriculación	Número de bastidor

C. MODALIDAD DE TRANSPORTE: **PÚBLICO** **PRIVADO/COMPLEMENTARIO**

D. SOLICITUD:

El abajo firmante solicita le sea concedida la certificación que se especifica a continuación:

Tipología de ambulancia	Tipología de solicitud:
<input type="checkbox"/> AMBULANCIA NO ASISTENCIAL TIPO A1 (Convencional)	<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN INICIAL
<input type="checkbox"/> AMBULANCIA NO ASISTENCIAL TIPO A2 (Colectiva)	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> AMBULANCIA ASISTENCIAL CLASE B (Soporte Vital Básico)	<input type="checkbox"/> CESE DE LA ACTIVIDAD
<input type="checkbox"/> AMBULANCIA ASISTENCIAL CLASE C (Soporte Vital Avanzado)	

E. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

1. Documento que identifique a la persona solicitante (DNI/NIF/NIE/Pasaporte).
2. PERSONAS JURÍDICAS: copia compulsada de la escritura de constitución de la sociedad, estatutos y representación legal.
3. Permiso de circulación del vehículo al que se pretenda referir la certificación, en el que conste como destino del vehículo la actividad del transporte sanitario.
4. Ficha de ITV en la que figure hallarse vigente el reconocimiento periódico legalmente establecido.
5. Memoria referida al vehículo en el que consten sus características técnicas y equipamiento técnico-sanitario y la dotación de personal, conforme a las especificaciones que para este tipo de vehículos se encuentren establecidas en la normativa vigente (RD 836/2012).
6. Contrato con empresa encargada del suministro de medicamentos (Ambulancias asistenciales con depósito de medicamentos).
7. Documento acreditativo del abono de tasas.
8. Contrato con empresa autorizada para la gestión de los residuos sanitarios (Ambulancias asistenciales).
9. Certificado del seguro del vehículo y responsabilidad civil ilimitada.
10. En ambulancias de Soporte Vital Básico: certificación de la formación requerida de conductor y ayudante.
11. En ambulancias de Soporte Vital Avanzado: copia compulsada de los títulos del personal médico y de enfermería. Certificación de la capacidad en transporte asistido, técnicas de reanimación y de soporte vital avanzado. Certificación de la formación requerida de conductor y ayudante.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES VINCULADOS AL TRATAMIENTO DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE CANTABRIA.	
Responsable del tratamiento	Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección y Servicio de Ordenación Sanitaria.
Finalidad	Mantenimiento y difusión actualizada de los centros, servicios y establecimientos sanitarios autorizados en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
Legitimación	El tratamiento El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. (RGPD, artículo 6.1, puntos c y e)., puntos c y e).
Destinatarios	Público en general, a través de las páginas web de la Consejería de Sanidad y del Ministerio de Sanidad, para el mantenimiento y actualización del Registro Nacional de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.
Derechos	El interesado tiene derecho de acceso, rectificación, supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web: http://saludcantabria.es/index.php?page=PDSG

Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que figura a la izquierda de este recuadro.

_____ a ____ de _____ de _____

El/la solicitante

Firma: _____