S.G.T. de Sanidad

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Recurso Extraordinario de Revisión

1.- Datos de el/la recurrente:

NIF/NIE						Apellidos					
Nombre/Razón Social											
Correo electrónico								País	ESPAÑA		
Dirección	Tipo vía			Nombre vía						Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad	Madrid		Provincia	Madrid	
Fax			Teléfono Fijo				Teléfono Móvil				

2.- Datos de el/la representante:

NIF/NIE		Apellidos			
Nombre/Razón Social			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

3.- Medio de notificación:

○	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
○	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
	Tipo de vía			Nombre vía						Nº	
	Piso		Puerta		CP		Localidad	MADRID		Provincia	Madrid

4.- Documentación que adjunta:

5.- Datos de la resolución o acto que se recurre:

Órgano que resolvió			
Fecha de resolución		Fecha de notificación	
Acto recurrido			
Materia o tipo de expediente			
Nº de referencia del expediente			

SOLICITO QUE SE TENGA POR INTERPUESTO RECURSO EXTRAORDINARIO DE REVISIÓN CONTRA LA RESOLUCIÓN O ACTO NOTIFICADO Y, REALIZADOS LOS TRÁMITES OPORTUNOS, SE ESTIME EL PRESENTE RECURSO Y SE ANULE LA RESOLUCIÓN RECURRIDA.

6.- Motivo del Recurso:

Debe fundarse exclusivamente en alguna de las siguientes circunstancias previstas en el artículo 125 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

☐ Que al dictar resolución recurrida se hubiera incurrido en error de hecho, que resulte de los propios documentos incorporados al expediente.

☐ Que aparezcan documentos de valor esencial para la resolución del asunto que, aunque sean posteriores, evidencien el error de la resolución recurrida.

☐ Que en la resolución hayan influido esencialmente documentos o testimonios declarados falsos por sentencia judicial firme, anterior o posterior a aquella resolución.

☐ Que la resolución se hubiese dictado como consecuencia de prevaricación, cohecho, violencia, maquinación fraudulenta u otra conducta punible y se haya declarado así en virtud de sentencia judicial firme.

Exposición de argumentación:

6.- Motivo del Recurso: (Continuación)

En……., a…….16..de..julio…….. de…..2024

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad S.G.T. de Sanidad

Limpiar campos Imprimir Guardar